



Álcool, Tabaco *e* *outras* Drogas *na Atenção Básica*

Marluce Mechelli de Siqueira
(Organizadora)



Editora filiada à Associação Brasileira das Editoras Universitárias (Abeu)
Av. Fernando Ferrari, 514 - *Campus* de Goiabeiras
CEP 29075-910 - Vitória - Espírito Santo - Brasil
Tel.: +55 (27) 4009-7852 - E-mail: edufes@ufes.br
www.edufes.ufes.br

Reitor | Reinaldo Centoducatte

Vice-Reitora | Ethel Leonor Noia Maciel

Superintendente de Cultura e Comunicação | José Edgard Rebouças

Secretário de Cultura | Rogério Borges de Oliveira

Coordenador da Edufes | Washington Romão dos Santos

Conselho Editorial | Cleonara Maria Schwartz, Eneida Maria Souza Mendonça, Fábio Demolinari de Miranda, Giancarlo Guizzardi, Gilvan Ventura da Silva, Grace Kelly Filgueiras Freitas, José Armínio Ferreira, José Elias Feres de Almeida, Josevane Carvalho Castro, Julio César Bentivoglio, Luis Fernando Tavares de Menezes, Sandra Soares Della Fonte

Secretaria do Conselho Editorial | Douglas Salomão, Tânia Canabarro

Revisão do Texto | George Vianna

Capa, Projeto Gráfico e Diagramação | Ana Elisa Poubel

Revisão Final | A organizadora

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

A354 Álcool, tabaco e outras drogas na atenção básica [recurso eletrônico] /
Marluce Mechelli de Siqueira (organizadora). - Dados eletrônicos. -
Vitória : EDUFES, 2016.
284 p.

Inclui bibliografia.

ISBN: 78-85-7772-385-0

Também publicado em formato impresso.

Modo de acesso:

<http://repositorio.ufes.br/handle/10/774/browse?type=title&sort_by=1&order=ASC&rpp=20&etal=-1&null=&offset=0>

1. Álcool. 2. Fumo. 3. Drogas. 4. Dependência química. 5. Saúde pública. 6. Política de saúde. I. Siqueira, Marluce Miguel de, 1957-.

CDU: 614

Álcool, Tabaco^e *outras* Drogas *na Atenção Básica*

Marluce Mechelli de Siqueira
(organizadora)



EDUFES

VITÓRIA, 2016



Prefácio

**Álcool, Tabaco e Outras
Drogas na Atenção Básica**

José Manoel Bertolote

Foi longa a história da incorporação das práticas psiquiátricas pelo corpus da medicina no Ocidente. Iniciada em estabelecimentos distintos dos hospitais de então, a psiquiatria precisou do prestígio social e da respeitabilidade profissional de alguns psiquiatras (sobretudo franceses, alemães, ingleses e italianos), que eram, antes de tudo, bons médicos, para ser reconhecida como plena especialidade médica. Entretanto, este não é o local nem o momento apropriado para nos aprofundarmos neste tema, que, de resto, todos conhecemos particularmente através da obra do filósofo e historiador Michel Foucault.

Quase tão longa foi a história da evolução da aceitação do conceito segundo o qual os transtornos causados pelo uso de substâncias psicoativas são basicamente transtornos mentais, ou, como voltou a ser contemporâneo falar, transtornos cerebrais.

Vários fatores contribuíram para essa segunda longa evolução. Importa aqui destacar dois deles, um de natureza ecológica e o outro, cultural. Do ponto de vista ecológico, originalmente as substâncias ditas psicoativas – até recentemente todas de origem botânica – eram encontradas em nichos específicos (por exemplo: a coca e o tabaco, na América; e a papoula, na Ásia), o que dificultou a

identificação de mecanismos similares na origem de determinados padrões de uso, hoje denominados uso nocivo e dependência. As grandes navegações do século XVI facilitaram a disseminação dessas substâncias, que passaram a ter valor comercial e culminaram com sua presença em quase todo o planeta.

Por outro lado, de natureza cultural, a visão de que uma das consequências do uso das substâncias psicoativas, entre as quais o álcool era a mais ubíqua, era um estado de prazer levou autoridades religiosas a considerarem o seu consumo um pecado. Isso foi claramente observado em algumas religiões monoteístas, das quais as mais vigorosas no combate à ingestão de bebidas alcoólicas eram o catolicismo, o protestantismo e o islamismo. Nos países dominados por essas convicções religiosas, o uso de bebidas alcoólicas (e, logo em seguida, de todas as demais substâncias psicoativas), antes de poder ser um risco para a saúde, era um grave pecado.

Entretanto, no século XX tivemos não somente a plena aceitação da psiquiatria como uma das especialidades médicas, mas, também, a inclusão da categoria diagnóstica dos transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas no capítulo dos Transtornos Mentais e Comportamentais da Classificação Internacional de Doenças, desenvolvido e promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Não obstante, esses desenvolvimentos foram de natureza mais conceitual que prática, embora tenham legitimado a atribuição da identificação e do manejo dos transtornos causados pelo uso de substâncias psicoativas aos psiquiatras. Na prática, apenas uma minoria dos casos desses transtornos – como era o caso também dos demais transtornos mentais – chegava aos cuidados de algum psiquiatra, e a principal razão disso era a pobre relação entre o número de pacientes e o de especialistas. Aliás, essa não era uma exclusividade da psiquiatria, pois o mesmo fenômeno era observado em diversas outras áreas da medicina.

O século XX testemunhou ainda significativas transformações culturais e tecnológicas, de estilos de vida, de padrões alimentares, de acesso a bens e serviços, bem como a universalização da cobertura dos Direitos Humanos, que acabaram por acentuar, na área da saúde, o desequilíbrio entre pacientes e especialistas, ou, em outras palavras, entre necessidades e respostas satisfatórias a elas.

Esse estado de coisas estava patente já na década de 1970 e culminou na convocação conjunta pela OMS e pela Unicef de uma conferência que se tornou um marco nas políticas de saúde. Dessa seminal conferência resultou a conhecida Declaração de Alma-Ata¹, que preconizou a integração dos cuidados de saúde (entre os quais, os de saúde mental) aos cuidados gerais de saúde. Na prática, isso sinalizou que profissionais de saúde não especializados em saúde mental poderiam ser capazes de identificar e manejar grande parte dos problemas relacionados ao tema, desde que adequadamente capacitados para tal, e a Declaração ficou internacionalmente conhecida como Estratégia de Cuidados Primários. No âmbito americano, e restrito aos cuidados da saúde mental, a Declaração de Caracas ratificou e fortaleceu o emprego dessa estratégia².

Apesar disso, os sistemas de saúde da maioria dos países tardaram em adotá-la. Poucas autoridades sanitárias estavam em condições – técnicas, logísticas, ideológicas ou intelectuais – de reconhecer a importância dessa nova forma de se fazer saúde. Todavia, não se justificam mais objeções, relutâncias ou adiamentos. Décadas de trabalho da OMS e de inúmeros pesquisadores, universidades e institutos de pesquisa em diversos países demonstraram à sociedade que recomendações são exequíveis, eficientes e desejáveis.

¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR: World Health Organization, 1978. Disponível em: <<http://www.who.int/hpr/docs/almaata.html>>. Acesso em: 06 nov. 2012.

² PAHO/WHO. Memorias de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, Caracas, Venezuela, 11-14 de noviembre, 1990. PAHO/WHO -Mario Negri Institute, 1991.

De acordo com a Estratégia de Cuidados Primários de Saúde, proposta em Alma-Ata, as condições clínicas mais apropriadas a serem integradas nos cuidados de saúde geral são as que apresentam alta prevalência, considerável gravidade clínica, elevada preocupação por parte da sociedade e cujo manejo pode ser simplificado e apresentar uma boa relação custo-benefício. Uma descrição particularmente aplicável aos transtornos ocasionados pelo uso de substâncias psicoativas. O uso indevido dessas substâncias (bebidas alcoólicas e outras drogas) atingiu proporções alarmantes nos últimos anos. Suas consequências são um grave problema de saúde pública e representam um custo material e pessoal insuportável para a sociedade.

É neste sentido que uma obra como a presente é extremamente bem-vinda. Concebida com um espírito abrangente, que cobre desde princípios neurocientíficos e de políticas públicas até o estudo de casos concretos, passando pela revisão atualizada de abordagens de prevenção e de manejo de casos, ela se junta, de forma significativa e autorizada pela academia e pela prática real com casos reais em situações igualmente reais, à crescente literatura pertinente. Em mãos apropriadas, ela reúne um enorme potencial de contribuição para a facilitação das tarefas cotidianas do pessoal da rede básica de atenção à saúde – como é mais comumente referida a Estratégia de Cuidados Primários no Brasil –, tarefas estas relacionadas aos transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, e, em fim de contas, para a melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida das populações sob seus cuidados.

Prof. Dr. José Manoel Bertolote
Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria, Faculdade
de Medicina de Botucatu - Unesp
Coordenador do Centro Regional de Referência para Formação
Permanente em Crack e outras Drogas
Australian Institute for Suicide Research and Prevention. Griffith
University, Brisbane, Austrália.



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
<i>Marluce Mechelli de Siqueira</i>	
01. CONCEITOS BÁSICOS RELACIONADOS ÀS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	21
<i>Lorena Silveira Cardoso; Vitor Buaiz; Sandra Cristina Pillon</i>	
02. NEUROBIOLOGIA, TOXICOLOGIA E GENÉTICA NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA	37
<i>Phablo Wendell Costalonga Oliveira; Karina Possa Abrahão</i>	
03. EPIDEMIOLOGIA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	65
<i>Marcos Vinícius Ferreira dos Santos; Flávia Batista Portugal; Raul Caetano</i>	
04. POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS ÀS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	87
<i>Wanderson dos Santos Gonçalves; Bruno Pereira da Silva; Marcelo Ribeiro de Araújo; Marluce Mechelli de Siqueira</i>	
05. AVALIAÇÃO, DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO BREVE NA ATENÇÃO BÁSICA	105
<i>Tiago Cardoso Gomes; Sibele Faller; Marluce Mechelli de Siqueira</i>	

06. ABORDAGENS CLÍNICA E PSICOSSOCIAL
NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA 131

Tiago Cardoso Gomes;

Phablo Wendell Costalonga Oliveira; Vitor Buaiz;

Daniel Cruz Cordeiro

07. APRESENTAÇÕES CLÍNICAS E
COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS
ASSOCIADAS ÀS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS 159

Wanderson dos Santos Gonçalves;

Bruno Pereira da Silva; Maria da Penha Zago Gomes;

Alessandra Diehl

08. ATENÇÃO EM REDE COMO CONDIÇÃO
PARA O TRATAMENTO INTEGRAL 195

Marilene Gonçalves França; Lorena Silveira Cardoso; Márcio

Wagner Camatta; Marluce Mechelli de Siqueira

09. PREVENÇÃO DO USO INDEVIDO DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS 217

Marilene Gonçalves França;

Marcos Vinícius Ferreira dos Santos; Ana Regina Noto

10. O ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA
ATENÇÃO BÁSICA: APRENDER FAZENDO
UMA ATENÇÃO INTEGRAL 247

Tiago Cardoso Gomes; Magda Ribeiro Castro Soares;

Carolina Fiorin Anhoque; Marluce Mechelli de Siqueira

AUTORES 277



Introdução

Substâncias Psicoativas: Um Desafio Cotidiano

Marluce Mechelli de Siqueira

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os países em desenvolvimento apresentarão um aumento expressivo da carga de doença atribuível a problemas mentais nas próximas décadas. Em 2010, os transtornos mentais e comportamentais corresponderam a 7,4 % do *Disability Adjusted Life Years* (Daly) – ou em português: Anos de Vida Perdidos por Morte Prematura Ajustados por Incapacidades –, enquanto os transtornos relacionados ao uso de drogas e ao uso de álcool compreendiam, respectivamente, 0,8 % e 0,7 % do Daly mundial (MURRAY et al., 2013). As projeções para o ano de 2020 indicam que os problemas mentais serão responsáveis por cerca de 15 % do Daly (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Diversos países, principalmente os em desenvolvimento, continuam apresentando crescimento da prevalência dos transtornos mentais, porém poucos casos são diagnosticados e tratados adequadamente, porque os serviços tradicionais de saúde raramente estão preparados para lidar com esse problema (MAGRAGNO et al., 2006).

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), aproximadamente 20 % da população necessita de algum cuidado na área de saúde mental. Destes, 3 % por transtornos severos e persistentes, 9 % por transtornos menos graves e 8 % por transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Entretanto, apesar do impacto disso para a população, os gastos com o orçamento do setor de saúde com programas de reabilitação psicossocial são ainda baixos e insuficientes.

Temos ainda a elevação dos transtornos mentais causados pelo consumo de substâncias psicoativas. Sua magnitude justifica uma abordagem de saúde pública para intervenções precoces, especialmente na atenção primária (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). E, por tratar-se de um dos mais graves problemas de saúde pública nacional e mundial, torna-se necessária a construção de políticas eficazes para enfrentar com sucesso esta problemática (BRASIL, 2003).

Entre as recomendações da OMS para um cuidado qualificado com os portadores de transtornos mentais, está a necessidade de organização das redes de atenção psicossocial, destacando-se a oferta de tratamento na Atenção Primária à Saúde (APS) e as ações de saúde mental no contexto comunitário.

Hoje, a Atenção Primária assume destaque nas pesquisas. Nota-se uma preocupação com os denominados Transtornos Mentais Comuns (TMC), que são caracterizados como quadros clínicos com queixas difusas, expressas através de sintomas somáticos, depressivos, estados de ansiedade, insônia, fadiga, problemas de memória e concentração (GOLDBERG; HUXLEY, 1992). Estudo realizado por Fortes e colaboradores (2011), em população atendida pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Petrópolis, demonstrou que 56 % dos pacientes atendidos possuíam TMC e 33 % eram de intensidade grave.

A Atenção Primária à Saúde é a instância em que se pode responder de maneira mais oportuna às necessidades de saúde da população, pois é nela que os profissionais têm contato com

grande número de pessoas que deveriam ser abordadas em relação à forma como usam álcool e outras drogas, devido ao fato de já apresentarem algum tipo de problema relacionado ao seu consumo. Isso pode evitar que muitas delas evoluam para um quadro de dependência ou de outros problemas associados ao uso dessas substâncias (BRASIL, 2003; RONZANI, 2005).

Corroborando com isso, a realidade da saúde no Brasil, e em particular no estado do Espírito Santo, mostra que as equipes de Atenção Básica cotidianamente se deparam com problemas de saúde mental, entre eles o abuso de substâncias psicoativas. Em decorrência da sua proximidade com as famílias e a comunidade, essas equipes são estratégicas para o enfrentamento destes agravos, bem como de diversas outras formas de sofrimento mental. Sabemos ainda que existe um componente subjetivo associado a todas as doenças, que funciona, muitas vezes, como “dificultador” na adesão dos usuários e seus familiares, na promoção da saúde através de práticas de vida mais saudáveis e na prevenção de doenças, particularmente, os transtornos mentais.

Entretanto, os trabalhadores da Atenção Básica apresentam falta de conhecimento sobre substâncias psicoativas (SPAs), sinais e sintomas gerados pelo seu uso e abuso, assim como os meios para identificá-las e facilitar o diagnóstico. Muitos, também, apresentam uma visão negativa do paciente, da doença, o que impede uma atitude mais produtiva, corroborando, desta forma, com a manutenção do “estigma e preconceito” com o portador de transtorno mental decorrente do uso de substância psicoativa na sociedade (SOARES; VARGAS; OLIVEIRA, 2011; VARGAS; SOARES, 2011).

Nem sempre a Atenção Básica apresenta condições de dar conta deste extenso desafio. Segundo Souza e Ronzani (2012), é cada vez mais evidente a falta de preparo e de capacitação dos profissionais de saúde para detectar os problemas relacionados à saúde mental e intervir corretamente, resultando em prejuízo

nas ações de atenção integral pelas equipes de saúde. De acordo com Campos e Gama (2010), há uma série de fatores que podem dificultar o acolhimento e o tratamento desse usuário, como a ausência de diretriz estabelecida, a deficiente formação técnica do profissional, as más condições de trabalho e o pouco investimento dos gestores, que podem fazer com que o profissional não tenha uma escuta qualificada e ocorra a “medicalização do sofrimento”.

Tendo como base essa compreensão, é fundamental que a educação permanente dos profissionais da Atenção Básica inclua a dimensão subjetiva e os problemas mais graves de saúde mental, de acordo com as evidências científicas produzidas pelos estudos nacionais. Ou seja, esse é o compromisso de responsabilidade social com a produção da saúde, com a busca de eficácia das práticas, com a promoção de equidade, integralidade e cidadania na gestão dos serviços e do cuidado. Dessa maneira, a educação permanente visa aproximar a realidade por meio do processo de formação, qualificando o indivíduo a buscar alternativas e soluções para os problemas vivenciados (ERKELENS, 2009).

É muito relevante para os profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) pensar e discutir políticas e estratégias de formação para trabalhar com o problema de consumo de álcool e outras drogas. A Organização Mundial de Saúde, por exemplo, apoiou o desenvolvimento de instrumentos de triagem, que são ferramentas importantes para identificar qual o nível de uso, ajudando o profissional de saúde a definir a estratégia de intervenção mais adequada nos serviços (HUMENIUK; POZNYAK, 2004), como alternativa de enfrentamento dessa questão.

Nesse sentido, é importante salientar que as ações de saúde mental na Atenção Básica devem ser orientadas pelo modelo de redes de atenção, com base na territorialização e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de acolhimento, vínculo e cuidado integral do usuário. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios

do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica, sendo elementos necessários para esta articulação entre saúde mental e Atenção Básica: a noção de território; a organização da saúde mental em rede; a intersetorialidade; a reabilitação psicossocial; a interdisciplinaridade; a desinstitucionalização e a promoção da cidadania dos usuários, bem como o estímulo à sua autonomia. E, ainda, contar com o apoio matricial como um elemento organizacional tanto de gestão dos serviços como de melhoria do cuidado, que visa dar suporte técnico às equipes, no desenvolvimento de ações básicas de saúde à população.

Assim, os processos educativos passam a ter maior visibilidade, tanto no que concerne à sua importância quanto à necessidade de novos aportes teóricos que municiem os profissionais responsáveis por dar materialidade ao novo modelo assistencial, fazendo-se presentes preocupações no que diz respeito, por exemplo, à formulação e desenvolvimento de processos educativos na linha da educação permanente em saúde, formação dos profissionais de saúde articulada ao processo de trabalho (PEIXOTO-PINTO, 2010).

Nesse sentido, a atual política de saúde mental, construída e pactuada por diferentes atores sociais nas décadas passadas, preconiza e almeja profundas transformações da “Atenção à Saúde”, através da gestão dos serviços e dos cuidados aos portadores de sofrimento psíquico, especialmente, aqueles ocasionados pelo abuso e dependência de substâncias psicoativas de forma humana e integral.

Este livro resulta da trajetória do Centro de Estudos e Pesquisas sobre o Alcool e outras Drogas (Cepad) (SIQUEIRA, 2011), que há 16 anos produz conhecimento científico sobre a temática na Ufes, e das atividades didáticas desenvolvidas pela equipe do Centro Regional de Referência sobre Drogas do Estado do Espírito Santo (CRR-ES) (SIQUEIRA, 2011), nos anos de 2011-2012, especialmente a produção dos cadernos técnicos: 1) Aconselhamento Motivacional e Intervenção Breve (IB), para agentes comunitários de saúde, redutores de danos e agentes sociais

dos consultórios na rua; 2) Aperfeiçoamento em *Crack* e outras Drogas, para profissionais médicos na Atenção Básica; 3) Gerenciamento de Caso, para profissionais das redes SUS e Suas; e 4) Atualização em Atenção Integral aos Usuários de *Crack* e outras Drogas, para profissionais atuantes em Hospitais Gerais.

O CRR-ES foi implantado através do edital nº 002/2010/GSI-PR/SENAD, que regulamentou a chamada pública de projetos para a formação permanente dos profissionais que atuam nas redes de atenção integral à saúde e de assistência social aos usuários de *crack* e outras drogas e seus familiares, conforme o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas (BRASIL, 2010).

É um projeto executado pela Ufes em parceria com os municípios de Vitória e Vila Velha, buscando qualificar diferentes atores – tais como educadores, profissionais das redes de atenção à saúde e assistência social, lideranças religiosas, operadores do direito, agentes de segurança pública, conselheiros municipais etc –, através de cursos de aperfeiçoamento e atualização que resultem no fortalecimento da rede socioassistencial dos municípios envolvidos.

Face ao exposto, o livro aborda temas tais como: conceitos, neurobiologia e toxicologia, políticas públicas, epidemiologia, avaliação e diagnóstico, abordagem clínica e psicossocial, complicações clínicas e psiquiátricas, comorbidades psiquiátricas, rede de atenção psicossocial, prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas, e, ainda, “casos clínicos” para auxiliar o cotidiano dos estudantes, profissionais, assim como gestores de diversas áreas, na implementação da atenção básica e integral aos usuários de substâncias psicoativas e seus familiares.

Desejo a todos uma boa leitura!
Profa. Dra. Marluce Mechelli de Siqueira
Organizadora

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 maio 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em: 02 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CAMPOS, O. R.; GAMA, C. Saúde mental na atenção básica. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 221-246.

ERKELENS, T. C. M. V. **Políticas de atenção em saúde mental e a educação permanente: um novo profissional para um novo modelo de atenção**. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Porto Alegre. 2009.

FORTES, S. et al. Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 33, p. 150-156, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462011000200010&nrm=iso>. Acesso em: 06 nov. 2012.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common Mental Disorders: a Bio-Social Model**. London: Tavistock/Routledge, 1992.

HUMENIUK, R.; POZNYAK, V. **Intervenção breve para o abuso de substâncias: guia para uso na Atenção Primária à Saúde**. Tradução de Telmo Mota Ronzani. São Paulo: OMS, 2004.

MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 nov. 2012.

MURRAY, C. J. et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet**, v. 380, n. 9859, p. 2.197-2.223, 2013.

PEIXOTO-PINTO, E. E. et al. Desdobramentos da educação permanente em saúde no município de Vitória, Espírito Santo. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 77-96, mar./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n1/05.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2012.

RONZANI, T. M. **Avaliação de um processo de implementação de estratégias de prevenção ao uso excessivo de álcool em serviços de atenção primária à saúde: entre o ideal e o possível**. 2005. Tese (Doutorado em Psicobiologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

SIQUEIRA, M. M. et al. Centro de Estudos e Pesquisas sobre o Álcool e outras Drogas: uma experiência de transdisciplinaridade. In: SEQUEIRA, C.; SÁ, L. (Org.). **III Congresso da SPESM – Informação e Saúde Mental**. 0 ed. Porto-PT: SPESM, 2012, v. 0, p. 15-21.

SIQUEIRA, M. M. et al. **Centro Regional de Referência para Educação Permanente sobre Substâncias Psicoativas para a Rede de Atenção a Saúde da Grande Vitória**. Vitória: Senad/Ufes, 2011. 50p.

SOARES, J.; VARGAS, D.; OLIVEIRA, M. A. F. Atitudes e conhecimentos de profissionais de saúde diante do álcool, alcoolismo

e do alcoolista: levantamento da produção científica nos últimos 50 anos. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, p. 45-52, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38739/41594>>. Acesso em: 06 nov. 2012.

SOUZA, I. C. W.; RONZANI, T. M. Álcool e drogas na atenção primária: avaliando estratégias de capacitação. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 17, n. 2, p. 237-246, 2012.

VARGAS, D.; SOARES, J. Atitudes de enfermeiros frente ao alcoolismo: revisão da literatura. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 2, p. 340-347, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17619/14218>>. Acesso em: 06 nov. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility, **PubMed**, v. 97, n. 9, p. 1.183-1.194, 2002.



Capítulo 1

Conceitos Básicos Relacionados às Substâncias Psicoativas

Lorena Silveira Cardoso; Vitor Buaiz;

Sandra Cristina Pillon

INTRODUÇÃO

O presente capítulo visa apresentar um conjunto de conceitos muito utilizados na área da dependência química. Definições explicativas, conceitos básicos e critérios de classificação para cada classe geral de drogas serão discutidos aqui. Também serão definidas as principais categorias diagnósticas deste campo, bem como os conceitos-chave de uso científico e popular.

Nossa proposta é apresentar definições de um modo sucinto e coloquial que colabore no entendimento dos conceitos básicos gerais, assim como as classificações das substâncias psicoativas mais utilizadas, focando nossa atenção nos profissionais da atenção básica à saúde.

CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO E DEFINIÇÃO

O termo *droga* pode ter origem na palavra *droog*, proveniente do holandês antigo e cujo significado é folha seca, ou pode ter vindo do persa *droa*, que significa odor aromático, ou ainda do hebraico *rakab*, perfume. Substâncias psicoativas e drogas psicoativas serão aqui utilizadas como sinônimos, uma vez que ambas modificam o estado de consciência do usuário. Atualmente, o termo droga, segundo a definição da Organização Mundial de Saúde, abrange qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

CONCEITOS BÁSICOS

Existem três formas de consumo de substâncias psicoativas, embora não existam limites claros entre elas: uso, abuso e dependência (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2004):

Uso: É considerado o consumo em geral de forma experimental, esporádica ou episódica, também conhecido como uso social.

Abuso: Refere-se a um padrão mal-adaptativo ou excessivo do uso de substâncias psicoativas, manifestando por consequências clínicas adversas recorrentes e significativas relacionadas ao uso das substâncias. O termo “abuso” é algumas vezes utilizado de forma desaprovativa para designar qualquer tipo de uso, particularmente o de drogas ilícitas.

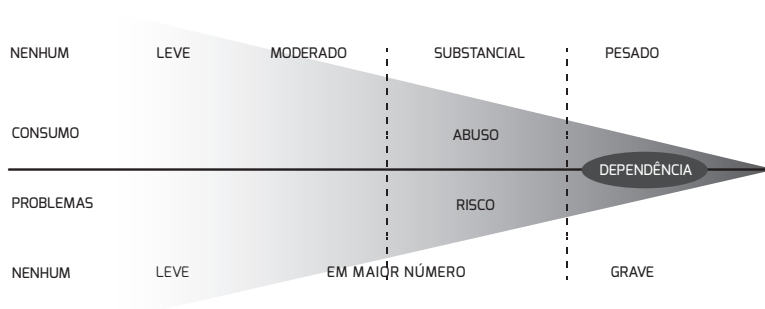
Dependência: É compreendida como o consumo sem controle e associado ao desenvolvimento de problemas mais graves para o indivíduo em diferentes áreas (física, psicológica e social) de sua vida.

A Organização Mundial da Saúde define droga como “qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a pro-

priedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993). As substâncias geralmente são utilizadas na busca de alívio de tensões internas, como angústia ou tristeza, segundo Olievenstein e outros (1989).

Os conceitos existentes rejeitam a ideia dicotômica: dependente e não dependente; abordando, assim, padrões individuais de consumo que variam de intensidade ao longo de um *continuum* de gravidade. Para melhor compreensão, segue a Figura 1.

Figura 1 - Problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas



Fonte: Abordagem geral do usuário de substâncias com potencial de abuso – Projeto Diretrizes (2002)

As substâncias psicoativas podem ser divididas segundo vários aspectos que serão aqui mencionados. A seguir, abordaremos a classificação que considera o efeito farmacológico das drogas.

CLASSIFICAÇÃO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

As drogas utilizadas para alterar o funcionamento cerebral, que causam modificações no estado mental, são chamadas drogas psicotrópicas. O termo *psicotrópico* é formado por dois elementos: *psico* e *trópico*. *Psico* está relacionado ao psiquismo, que envolve as funções do sistema nervoso central; e *trópico* significa em direção a. Portanto, no sentido corrente, drogas psicotrópicas referem-se de um modo geral às substâncias lícitas e ilícitas que provocam dependência, afetam o sistema nervoso central e modificam as sensações e o comportamento do indivíduo. As drogas psicotrópicas dividem-se em três grupos: depressoras, estimulantes e perturbadoras.

As **drogas depressoras** do sistema nervoso central – *Euphoria* (calmantes da vida psíquica) – álcool, barbitúricos, benzodiazepínicos, inalantes e opiáceos (morfina, codeína, heroína, entre outras): fazem com que o cérebro funcione lentamente, reduzindo a atividade motora, a ansiedade, a atenção, a concentração, a capacidade de memorização e a capacidade intelectual.

As **drogas estimulantes** do sistema nervoso central – *Excitante* (estimulantes psíquicos) – anfetaminas, cocaína, tabaco e betel: aceleram a atividade de determinados sistemas neuronais, trazendo como consequências um estado de alerta exagerado, insônia e aceleração dos processos psíquicos.

As **drogas perturbadoras** do sistema nervoso central – *Phantastica* (agentes alucinógenos) – maconha, alucinógenos, LSD, *ecstasy* e anticolinérgicos: produzem uma série de distorções qualitativas no funcionamento cerebral, como delírios, alucinações e alteração na sensopercepção. Por essa razão, são também chamadas de alucinógenos. Uma terceira denominação para esse tipo de droga é *psicotomiméticos*, devido ao fato de serem conhecidas como psicoses as doenças mentais nas quais esses fenômenos ocorrem de modo espontâneo.

É importante ressaltar que nem todas as substâncias psicoativas possuem a capacidade de provocar dependência. Muitas são usadas com a finalidade de produzir efeitos benéficos, como o tratamento de doenças, as quais são consideradas medicamentos.

Logo, apesar dos efeitos importantes na atividade cerebral, as substâncias psicoativas provocam efeitos agudos e crônicos que, frequentemente, não dependem apenas do tipo ou da quantidade da substância usada, mas do contexto em que esta droga está sendo usada e das experiências anteriores do usuário.

Após o entendimento do padrão de consumo, é importante ter uma compreensão dos conceitos de lapso e recaída. Estes estão amplamente relacionados ao período de tratamento do indivíduo que apresenta a dependência. Assim, lapso é como se fosse um escorregão, ou seja, o início do retorno do uso da substância (é a primeira dose, por exemplo), que pode desencadear ou não uma recaída. Recaída é o retorno ao consumo da substância depois de permanecer um período em abstinência, com tentativas de mudanças comportamentais neste período (MARLATT; GORDON, 1993).

SISTEMAS CLASSIFICATÓRIOS DO PADRÃO DE CONSUMO

A autoadministração de qualquer quantidade de substância psicoativa pode ser definida em diferentes padrões de uso, de acordo com suas possíveis consequências. Atualmente, os especialistas utilizam duas formas diferentes de classificar e definir esses padrões, são elas:

a) Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (na prática, conhecida por “CID-10”): apresenta descrições clínicas e diretrizes dos diagnósticos das doenças;

b) Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais: é uma publicação da *American Psychiatric Association* (APA), sendo a sua 4ª edição conhecida pela designação “DSM

-IV” (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1994; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

Esse tipo de padronização não se constitui a partir de um transtorno ou doença e está baseado na forma de uso e na relação que o indivíduo estabelece com a substância e suas consequências negativas.

As tabelas apresentadas a seguir mostram a comparação dos critérios de dependência da DSM-IV e CID-10 (Tabela 1) e os critérios de uso nocivo ou abuso (Tabela 2).

Quadro 1 - Comparação entre critérios de dependência na DSM-IV e CID-10

	DSM-IV	CID-10
Critérios	Um padrão de uso disfuncional de uma substância, levando a um comprometimento ou desconforto clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes sintomas, ocorrendo durante qualquer tempo, num período de 12 meses	O diagnóstico de dependência deve ser feito se três ou mais das seguintes manifestações ocorrerem conjuntamente por pelo menos um mês ininterrupto, ou se, persistindo por períodos menores do que um mês, tiverem ocorrido juntas de forma repetida ao longo de 12 meses

Tolerância	1. Tolerância, definida por um dos seguintes critérios: a. necessidade de quantidades nitidamente aumentadas de substâncias para atingir intoxicação ou o efeito desejado b. efeito nitidamente diminuído com o uso contínuo da mesma quantidade da substância	1. Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas
Abstinência e alívio dos sintomas pelo uso	2. Abstinência, manifestada por um dos seguintes critérios: a. síndrome de abstinência característica da substância b. a mesma substância (ou outra bastante parecida) é usada para aliviar ou evitar sintomas de abstinência	2. Estado de abstinência fisiológica, quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência característica para a substância, ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar os sintomas de abstinência
<i>Craving</i> e falta de controle	3. Um desejo persistente ou esforço sem sucesso de diminuir ou controlar a ingestão da substância	3. Um desejo forte ou senso de compulsão para consumir a substância 4. Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância, em termos de início, término ou níveis de consumo

Saliência do comportamento	4. A substância é frequentemente usada em grandes quantidades ou por período maior do que o intencionado 5. Grandes períodos de tempo utilizados em atividades necessárias para obter a substância, usá-la ou recuperar-se de seus efeitos 6. Reduzir ou abandonar atividades sociais, recreacionais ou ocupacionais por causa do uso da substância 7. Uso continuado da substância, apesar do conhecimento de ter um problema físico ou psicológico ou recorrente que tenha sido causado ou exacerbado pela substância	5. Abandono progressivo de prazeres alternativos em favor do uso da substância psicoativa: aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou tomar a substância ou recuperar-se de seus efeitos 6. Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas, tais como dano ao fígado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas e estados de humor depressivos consequentes a períodos de consumo excessivo
-----------------------------------	---	---

Fonte: Associação Americana de Psiquiatria (1994) e Organização Mundial da Saúde (2008)

Quadro 2 - Comparação dos critérios de uso nocivo ou abuso da DSM-IV e CID-10

	ABUSO (DSM-IV)	USO NOCIVO (CID-10)
Alterações comportamentais e de julgamento	<u>Critério A:</u> Padrão mal-adaptado de um ou mais dos seguintes aspectos: 1. Uso recorrente da substância, acarretando fracasso ao cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa 2. Uso em situações nas quais isso representa perigo à integridade física 3. Uso continuado, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes	1. Deve haver clara evidência de que o uso da substância foi responsável por dano físico ou psicológico, incluindo julgamento comprometido ou disfunção do comportamento, podendo levar a uma incapacidade ou consequências adversas para os relacionamentos interpessoais
Problemas legais	1. Problemas legais recorrentes relacionados à substância	Não especifica
Alterações físicas	Não específica	Incluídas no critério (1)
Relação do dano com a droga	Não explícita	A natureza do dano deve ser claramente identificável (e especificada)

Duração	Padrão mal-adaptado ocorrendo no período de 12 meses	O padrão de uso tem persistido por pelo menos um mês ou tem ocorrido repetidas vezes no período de um ano
Exclusão de outros diagnósticos	<u>Critério B:</u> Os sintomas jamais satisfizeram os critérios para dependência de substância em relação a esta ou a outras substâncias	Os transtornos não satisfazem os critérios para qualquer outro transtorno mental ou de comportamento relacionado à mesma droga durante o período (exceto para intoxicação aguda)

Fonte: Associação Americana de Psiquiatria (1994) e Organização Mundial da Saúde (2008)

Outros conceitos importantes:

1. **Agonista:** uma substância que se liga em um receptor celular, ativando-o e produzindo determinados efeitos fisiológicos ou comportamentais; dessa forma, em alguns casos, pode-se proceder uma terapia de substituição no manejo da dependência química, como no caso da substituição do uso da heroína por opioides de ação prolongada, como a metadona, já que ambos são agonistas opioides.
2. **Alcoolismo:** um termo antigo e de significado variável, refere-se de um modo geral a um padrão crônico e continuado de consumo de álcool, ou mesmo periódico, caracterizado pelo comprometimento do controle sobre a ingestão,

frequentes episódios de intoxicação e preocupação com o álcool e seu uso, apesar das consequências adversas.

3. **Antagonista:** uma substância que neutraliza os efeitos de outra. Do ponto de vista farmacológico, um antagonista interage com um receptor para inibir/bloquear a ação de agentes agonistas.
4. **Binge:** um consumo de doses altas e repetidas de substâncias psicoativas, em geral estimulantes (como cocaína e anfetamínicos), para manutenção do estado de euforia causado por tais substâncias. Para bebidas alcoólicas, foram definidos os seguintes padrões: o “beber em *binge*” foi estabelecido pelo consumo de cinco doses para homens e quatro doses para mulheres, em uma única ocasião.
5. **Compulsão:** quando aplicado ao uso de substâncias psicoativas, o termo se refere a uma intensa necessidade de consumir a substância (ou substâncias) em questão, necessidade esta atribuída mais a sentimentos internos do que a influências externas. O usuário pode identificar a necessidade como prejudicial ao seu bem-estar e pode ter uma intenção consciente de se refrear.
6. **Crash:** refere-se à diminuição da euforia logo após um episódio de consumo de doses altas e repetidas de estimulantes, com aumento de ansiedade, fadiga, irritabilidade e depressão com essa estimulação continuada. No entanto, existe uma diminuição global da energia, na forma de lentificação e fadiga.
7. **Craving – fissura:** um fenômeno de natureza subjetiva que corresponde à necessidade imperiosa do uso de uma substância psicoativa de modo persistente. Trata-se de um elemento de crucial importância na compreensão da dependência, pois influencia a evolução e a gravidade da síndrome de abstinência, podendo ser também preditor para a recaída. É um fenômeno muito estudado, mas ainda muito pouco compreendido, constituindo o maior desafio no tratamento da dependência.

8. **Delirium:** uma síndrome orgânica cerebral aguda caracterizada por perturbações concomitantes da consciência, da atenção, da percepção, da orientação, do pensamento, da memória, do comportamento psicomotor, das emoções e do ciclo sono-vigília. A duração é variável, de poucas horas a poucas semanas, e a gravidade varia de leve até muito grave. A síndrome de abstinência induzida pela retirada do álcool com *delirium* é conhecida como *delirium tremens*.
9. **Dependência:** em termos gerais, o estado de necessidade ou dependência de alguma coisa ou alguém para apoio, funcionamento ou sobrevivência. **Dependência cruzada:** é um termo farmacológico para denotar a capacidade de uma substância ou uma classe de substâncias de suprimir as manifestações da síndrome de abstinência de outra substância ou classe dela, e, assim, manter o estado de dependência.
10. **Desintoxicação:** consiste numa proposta de tratamento que visa controlar de forma segura os sintomas da síndrome de abstinência, com o intuito de controlar as complicações físicas e psicológicas que podem ocorrer temporariamente após um período de uso contínuo de bebida alcoólica (STOCKWELL, 1987).
11. **Dopagem – Doping:** definido como o uso ou a distribuição de substâncias que podem melhorar artificialmente as condições físicas e mentais de atletas, e, portanto, seu desempenho atlético.
12. **Flashback – revivências:** trata-se da recorrência transitória de sensações e percepções originariamente experimentadas sob a influência de uma substância alucinógena. Pode ocorrer também com derivados canabinoides (maconha ou haxixe). Geralmente é episódico, de curta duração (segundos ou horas), e pode reproduzir exatamente os sintomas de episódios alucinógenos prévios.

13. **Reinstalação:** é o retorno a um nível preexistente de uso e de dependência de substância psicoativa em um indivíduo, após período de abstinência.
14. **Resiliência:** é o processo e resultado de se adaptar com sucesso a experiências de vida difíceis ou desafiadoras, especialmente através da flexibilidade mental, emocional e comportamental com ajustamento a demandas externas e internas.
15. **Rush:** o efeito imediato, intenso, com desaparecimento da ansiedade, e prazeroso, que segue a injeção intravenosa de certas drogas (por exemplo, anfetamina, cocaína, heroína, morfina, propoxifeno).
16. **Síndrome amotivacional:** refere-se a um conjunto de manifestações psíquicas, caracterizado por uma perda completa de interesse que a droga causa no indivíduo. É muito comum no usuário de *cannabis*. Essa síndrome foi descrita pela primeira vez por Moreau de Tours, em 1845.
17. **Síndrome de abstinência:** caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas de configuração e gravidade variáveis que ocorrem após a cessação ou redução do uso de uma substância psicoativa.
18. **Superdose – Overdose:** o uso de qualquer droga em quantidade suficiente para provocar efeitos indesejáveis, físicos e mentais, mais ou menos imediatos. A superdosagem deliberada é um meio comum de suicídio ou de tentativa de suicídio. Em números absolutos, as superdosagens de drogas lícitas são geralmente mais comuns do que as de drogas ilícitas. A superdose pode provocar efeitos transitórios, duradouros ou a morte; a dose letal de uma droga em particular varia com o indivíduo e com as circunstâncias.
19. **Uso controlado:** refere-se à manutenção de um uso regular, não compulsivo e que não interfere no funcionamento habitual do indivíduo. Termo também controverso, pois é questionado se determinadas substâncias permitem tal padrão de uso.

- 20. Uso de múltiplas drogas:** é o consumo de mais de uma droga ou classe de drogas, muitas vezes ao mesmo tempo ou sequencial, e normalmente com a intenção de intensificar, potencializar ou neutralizar os efeitos de outras drogas.
- 21. Uso disfuncional:** é o uso de substâncias psicoativas que causa prejuízo em funções psicológicas ou sociais, como perda de emprego ou conflitos conjugais.
- 22. Uso experimental:** os primeiros poucos episódios de uso de uma droga específica – algumas vezes incluindo tabaco ou álcool –, extremamente infrequentes ou não persistentes.
- 23. Uso nocivo:** é quando um padrão de uso de substância psicoativa está causando dano à saúde, o que pode ser físico ou mental. Por exemplo, no caso do HIV adquirido por meio do uso injetável de drogas, ou nos episódios de transtornos depressivos secundários a um grande consumo de álcool.
- 24. Uso recreativo:** uso de uma droga, em geral ilícita, em circunstâncias sociais ou relaxantes, sem implicações para dependência e outros problemas relacionados, embora haja os que discordem, opinando que, no caso de droga ilícita, não é possível esse padrão devido às implicações legais relacionadas.
- 25. Uso social:** pode ser entendido, de forma literal, como uso em companhia de outras pessoas e de maneira socialmente aceitável, mas também é usado de forma imprecisa querendo indicar os padrões acima definidos.

CONCLUSÃO

A compreensão dos conceitos empregados no âmbito da dependência de drogas leva-nos a ampliar possibilidades de atuação profissional na atenção básica à saúde, tanto nas situações de uso abusivo como nos casos de dependência da substância, po-

dendo, desta maneira, planejar e executar um cuidado integral com qualidade dirigido aos usuários e seus familiares.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV**. Tradução de Dayse Batista. Porto Alegre: Artmed, 1994.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre, Artmed, 2011.

FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004.

MARLATT, A.; GORDON, J. **Prevenção da recaída: estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos aditivos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MARQUES A. C. P. R.; RIBEIRO, M. (Orgs.). **Abordagem geral do usuário de substâncias com potencial de abuso**. Projeto Diretrizes. São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria, 2002.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS – OBID. Ministério da Justiça. **Senad**. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>> Acesso em: 20 mar. 2013.

OLIEVENSTEIN, C. et al. **A clínica do toxicômano: a falta da falta**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artmed, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde** – 10ª revisão (CID-10). Tradução do Centro Brasileiro de Classificação de Doenças – CBCD. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 25 abr. 2013.

SEIBEL, S. D. (Org.). **Dependência de drogas**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

STOCKWELL, T. “Is there a better word than ‘craving’?”. **British Journal of Addiction**, v. 82, n. 1, p. 44-45, 1987.



Capítulo 2

Neurobiologia, Toxicologia e Genética na Dependência Química

Phablo Wendell Costalonga Oliveira;

Karina Possa Abrahão

INTRODUÇÃO

O uso de **substâncias psicoativas** para fins não terapêuticos, ou seja, utilizadas na forma recreacional como **drogas de abuso**, é um grande problema no cenário socioeconômico do Brasil e do mundo. No passado, a **dependência química** era entendida a partir de uma visão moralista, sendo vinculada a uma questão de caráter. Com o passar do tempo, essa visão evoluiu para o entendimento da dependência como uma **doença cerebral**. Desde então, houve um grande avanço do conhecimento na área e a dependência química passou a ser vista como uma doença **multifatorial**, tendo elementos psicológicos, socioculturais e, também, elementos biológicos associados à **toxicologia, neurobiologia e genética**, necessitando de uma abordagem **multidisciplinar**.

MECANISMOS GERAIS DAS DROGAS DE ABUSO

As substâncias psicoativas utilizadas como drogas de abuso afetam todo o sistema nervoso central (SNC), mas sua ação reforçadora e prazerosa está associada principalmente com a ativação do sistema cerebral de reforço e recompensa, que é um importante centro neuroanatômico relacionado com a autopreservação individual e da espécie. A ativação do sistema de recompensa induz a busca de estímulos prazerosos, tais como alimentos e sexo, entre outros. Esse sistema é composto por duas vias dopaminérgicas principais: a via mesolímbica, projeções originadas na área tegmental ventral que chegam à região do núcleo accumbens; e a via mesocortical, projeções da área tegmental ventral para o córtex pré-frontal. Seu funcionamento controla o comportamento associado à Teoria do Reforço, baseada na psicologia comportamental. Nesse caso, todo comportamento que leva o indivíduo a uma sensação prazerosa serve como um reforço positivo para sua repetição. Alguns estudiosos acreditam que os efeitos agudos euforizantes e prazerosos das drogas levariam à repetida busca por seu uso e, conseqüentemente, ao abuso e à dependência. De fato, a estimulação elétrica de algumas áreas da circuitaria de recompensa gera efeitos similares aos produzidos pelas drogas. Uma importante teoria neurobiológica de explicação do desenvolvimento da dependência foca em como o poder reforçador de uma droga pode induzir uma sensibilização neurobiológica do circuito de recompensa e um aumento progressivo do incentivo à busca da droga. Ocorreria um aumento da “saliência” dos estímulos das drogas, induzindo o indivíduo a um progressivo “querer”, independentemente do “gostar, o que poderia gerar compulsividade e abuso do consumo da droga” (ROBINSON; BERRIDGE, 1993).

Além do reforço positivo, também existe o reforço negativo, no qual determinada ação é tomada para evitar uma sensação ou efeito desagradável de um estímulo. No caso das drogas de abuso, isso pode acontecer, por exemplo, quando o indivíduo busca a droga repetidamente para aliviar sintomas de depres-

são e ansiedade, recorrentes durante os períodos de abstinência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

As drogas de abuso, após atravessarem a barreira hematoencefálica, ativam, de maneira direta ou indireta, o aumento da concentração de dopamina das fendas sinápticas no núcleo accumbens e no estriado dorsal (DI CHIARA; IMPERATO, 1988). Isso pode estar associado ao reforço positivo que leva à busca repetida da droga e também à gênese da dependência química. Além disso, outros neurotransmissores também estão envolvidos. Drogas que agem em outras vias de transmissão podem propagar uma resposta neural que, indiretamente, também culminará com a ativação das vias dopaminérgicas. Dessa forma, diferentes drogas compartilham como mecanismo de ação o aumento da liberação de dopamina em regiões estriatais. Outros neurotransmissores, como serotonina, glutamato, opióides, orexina e noradrenalina, também são importantes nos processos neurobiológicos do desenvolvimento de dependência química (SEIBEL, 2010).

SENSIBILIZAÇÃO, TOLERÂNCIA E *KINDLING*

A partir da primeira utilização de determinada droga, é possível que gradativamente uma mesma quantidade dela passe a ter um efeito psicoestimulante cada vez mais potente. Esse fenômeno é conhecido como **sensibilização comportamental**, também podendo ser chamado de tolerância reversa. Essa adaptação de comportamento pode ocorrer também para outros efeitos da droga. Esse é um dos mecanismos que favorece a pessoa a consumir uma droga repetidamente. Os estudos neuroquímicos desse fenômeno apontam para um forte envolvimento da exposição crônica à droga e, também, dos ciclos de abstinência. Diversos estudos mostram que, após o desenvolvimento de sensibilização comportamental, ocorrem alterações da capacidade cerebral de expressar neuroplasticidade, o que está associado com alterações importantes da expressão de proteínas em diversas regiões encefálicas.

Outros efeitos fisiológicos e comportamentais da droga de abuso podem passar pelo fenômeno de **tolerância**. Neste caso, após o período inicial de uso da droga ocorre uma adaptação associada a uma dessensibilização do indivíduo ao efeito da substância. Assim, o indivíduo necessita de doses cada vez maiores para conseguir sentir o mesmo efeito que sentia inicialmente. Vários são os mecanismos pelos quais isso pode acontecer, como, por exemplo: a tolerância farmacocinética, com adaptações relacionadas ao aumento da metabolização/eliminação da droga; e a tolerância farmacodinâmica, em que podem ocorrer alterações como a redução da quantidade (*downregulation*) ou da sensibilidade dos receptores envolvidos na ação da droga de abuso. Ademais, os mecanismos farmacocinético e farmacodinâmico podem ocorrer conjuntamente.

Outros mecanismos também modulam o desenvolvimento de tolerância (GOLAN et al., 2009). O ambiente no qual a droga de abuso é utilizada, por exemplo, afeta diretamente o processo de tolerância, assim como mecanismos neurais de memória e aprendizagem. Estudos mostraram que o efeito depressor exercido pelo álcool em uma pessoa é menor quando ela está num ambiente habitual do que quando está em um lugar incomum para ela. Além disso, a reaquisição de tolerância, após um período sem a droga (abstinência), ocorre mais rapidamente do que a aquisição inicial. A tolerância também pode ocorrer de forma cruzada, quando duas ou mais drogas diferentes compartilham um ou mais mecanismos de ação e/ou vias de metabolização. Esse é o caso que envolve os benzodiazepínicos e o álcool, em que ambos atuam nos receptores de GABA_A. Adaptações de tolerância em resposta ao uso de um deles, com alteração na maquinaria do sistema GABAérgico, afeta o efeito de ambas as drogas. Vale lembrar que esse mesmo tipo de interferência entre duas drogas de abuso pode também levar a um processo de sensibilização cruzada. Nesse sentido, drogas que compartilham mecanismos de ação podem em alguns casos agir como droga de substituição, como no caso dos benzodiazepínicos

em relação aos pacientes em síndrome de abstinência por retirada do álcool. Dessa forma, retirando uma droga como o álcool, mas utilizando outra de ação semelhante, como os benzodiazepínicos, podem-se prevenir sintomas negativos provocados pela abstinência (SEIBEL, 2010).

A sensibilização e a tolerância estão relacionadas ao aumento ou à redução de efeitos das drogas. No entanto, para uma mesma droga, esse aumento ou essa redução se dá para efeitos comportamentais ou fisiológicos específicos. Isso pode ocorrer no uso contínuo de benzodiazepínicos, que desencadeia tolerância para o efeito sedativo, enquanto seu efeito ansiolítico é mantido. Adicionalmente, a sensibilização e a tolerância podem ocorrer conjuntamente, observadas pelo aumento de determinado efeito da droga e pela diminuição de outro.

Existe também o fenômeno conhecido como “*kindling*” farmacológico. Ele se manifesta como um tipo de sensibilização, em que ocorre um aumento de susceptibilidade a convulsões em resposta a repetidas utilizações de uma substância, como, por exemplo, a cocaína (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012; SEIBEL, 2010). Acredita-se que isso ocorra pela propriedade anestésica dela, que poderia diminuir o limiar para o aparecimento de convulsões generalizadas.

SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA, FISSURA E RECAÍDA

Durante os períodos agudos de abstinência, os usuários passam a ter sensações de desconforto. Sendo assim, o indivíduo pode voltar a usar a droga para aliviar essas sensações (reforço negativo). Ainda nesse processo de abstinência, desenvolve-se a fiatura (*craving*), que é um desejo incontrolável de busca da droga. Esse fenômeno pode induzir a recaída ao uso da droga, que é comum em indivíduos dependentes e desafiadora para os tratamentos da dependência.

Quanto ao processo de memória e aprendizagem relacionado a essas drogas, podem ocorrer alterações importantes de estruturas cerebrais, como a amígdala e o hipocampo, que são relacionadas com memórias emocionais e espaciais, respectivamente. Nesse caso, ocorre uma associação da experiência e das sensações prazerosas do uso da droga com o ambiente no qual ela foi utilizada. Com a interrupção do uso da substância, as regiões cerebrais responsáveis por essa associação poderiam se ativar e desencadear um forte desejo da droga. Adicionalmente, a memória dos efeitos da droga pode estar associada a outras memórias referentes a hábitos ou lugares relacionados ao uso. Isso indica que a prática daquele hábito ou a presença do indivíduo no ambiente de utilização da droga desencadeiam sensações de fissura e possíveis recaídas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004; SEIBEL, 2010).

Alguns estudos detectaram alterações em padrões eletrofisiológicos específicos, registrados por eletroencefalograma, em usuários de álcool, quando comparados aos controles, ao serem expostos a imagens relacionadas à bebida alcoólica. Também foram observadas ondas cerebrais associadas a um prejuízo no processo de “inibição de resposta”, que é a capacidade mental de suprimir pensamentos e ações impróprias. Da mesma forma, a exposição dos dependentes de álcool a imagens de bebidas alcoólicas também deve levar à atenuação do controle inibitório. A apresentação de pistas visuais relacionadas ao consumo de álcool (ex: imagens de bebida) induz a ativação do sistema de recompensa do SNC, como o estriado ventral (ou núcleo accumbens, mencionado anteriormente), o córtex orbitofrontal e o córtex cingulado anterior, regiões que participam do processo de tomada de decisão. Por conseguinte, diante da pressão da fissura, o dependente pode acabar por usar novamente, pois não consegue reprimir esse comportamento devido a um prejuízo da “inibição de resposta” (PETIT et al., 2012).

As drogas psicoativas interferem nos sistemas de neurotransmissão, estimulando ou atenuando determinadas vias.

Podem atuar também diretamente como se fossem o próprio neurotransmissor natural do organismo. Dessa forma, com o uso continuado dessas drogas, há uma alteração da homeostase neural no SNC que leva o organismo a buscar um reajuste do sistema. Ocorre, portanto, uma acomodação do funcionamento neuronal a um estado alterado de equilíbrio, chamado *alostase*. Nessa situação, o organismo passa a ser dependente da droga, no sentido de manter a *alostase*. Caso haja a retirada abrupta da droga, ocorre um novo *desequilíbrio* de neurotransmissão, pelo menos até que o organismo restaure uma nova homeostase, que não é necessariamente igual à inicial. O indivíduo é levado a um quadro de síndrome de abstinência, em que aparecem sintomas psíquicos e fisiológicos decorrentes desse desarranjo do SNC (GOLAN et al., 2009; SEIBEL, 2010).

Os mecanismos citados anteriormente também estão associados à susceptibilidade ao retorno do uso da droga de abuso após um período de abstinência, o que é conhecido como recaída ao uso da droga. Algumas teorias neurobiológicas entendem que no momento da abstinência haveria um recrutamento da ativação de regiões cerebrais associadas ao estresse. De fato, a atividade do sistema de reforço e recompensa se inter-relaciona com mecanismos cerebrais de estresse que impulsionam o desejo pelo uso da droga. O estresse participa desse processo através da ativação de estruturas cerebrais, como a *amígdala*, a *área tegmental ventral* e o *núcleo accumbens*. Há uma associação entre o estresse e o aumento do fator liberador de corticotrofina, que é produzido no *núcleo paraventricular* do *hipotálamo*, como também o aumento da atividade *noradrenérgica* cerebral, e ambos podem induzir o desejo de consumo da droga. Considerando que o ambiente em que o dependente fazia uso da droga pode também desencadear estresse, é importante que, em tratamentos psicoterápicos, leve-se em consideração esse aspecto.

As drogas também podem interferir nos centros neurobiológicos reguladores do apetite. Curiosamente, uma peculiaridade

da ação da nicotina é seu efeito sobre neurônios ativados por pró-opiomelanocortina (POMC), agindo no hipotálamo, em especial no núcleo arqueado, levando à redução de apetite e modulação da taxa metabólica, entre outras ações, de forma que, quando cessado seu uso, o usuário tende a ganhar peso, o que pode desmotivar a tentativa de abstinência.

Assim como a nicotina, a cocaína e os anfetamínicos também podem inibir o apetite, o que parece ter relação com mecanismos semelhantes aos da nicotina, mas por estimulação do fator de transcrição cocaína-anfetamina dependente (CART), podendo levar alguns usuários a manterem seu uso também para controle de peso (LOGRIP; KOOB; ZORRILLA, 2011; MINEUR et al., 2011; ROHNER-JEANRENAUD et al., 2002).

PARTICULARIDADES TOXICOLÓGICAS

Dentro do contexto neurobiológico e sistêmico, cada droga possui uma toxicodinâmica, isto é, tem um determinado mecanismo de ação no organismo, havendo especificidade de efeitos para cada substância, mesmo existindo mecanismos e feitos comuns entre essas drogas. Da mesma maneira, há diferenças toxicocinéticas, ou seja, a forma como essa droga é absorvida, como chega até o local de ação e como ela é metabolizada/eliminada pelo organismo.

As drogas de abuso podem ser classificadas em três classes: depressoras, estimulantes e alucinógenas. Vale lembrar que essa classificação é puramente didática e que algumas drogas de um grupo podem ter efeitos semelhantes às de outro grupo.

DROGAS DEPRESSORAS

Englobam uma grande variedade de substâncias com propriedades físico-químicas muito distintas, mas que apresentam como característica comum causar diminuição da atividade de

determinados sistemas neuronais, tendo como efeito final a depressão do SNC. A ação dessas substâncias propicia a ocorrência, por exemplo, de diminuição da ansiedade, da atividade motora e da reatividade à dor, sendo comum um efeito inicial euforizante e posterior sonolência. Estão incluídos neste grupo: **álcool**; opioides/opiáceos, como **ópio**, **morfina**, **metadona** e **krokodil**; solventes inalantes, como **tolueno**, **clorofórmio** e **éter**; ácido gama-hidroxibutírico (**GHB**), que também é apelidado de *ecstasy* líquido; e os ansiolíticos/sedativos/hipnóticos, como **barbitúricos**, **benzodiazepínicos** e “**drogas Z**”.

Entre as drogas depressoras importantes para a atenção básica de saúde, o grande impacto do uso abusivo do álcool e dos benzodiazepínicos para a sociedade torna necessário um maior foco no entendimento da ação dessas substâncias, como abordaremos a seguir.

Álcool

O etanol (C_2H_5OH), também chamado álcool etílico, é absorvido, após a ingestão, em menor quantidade no estômago e em maior quantidade no intestino delgado e cólon, podendo haver interferência no processo de absorção quando ingerido concomitantemente com alimentos. Pelo pequeno tamanho e característica anfipática, o etanol tem facilidade em atravessar as membranas biológicas, podendo também interferir na fluidez dessas membranas.

Os efeitos neurobiológicos do etanol são inúmeros, mas pelo menos dois mecanismos de ação já foram bem estudados pelos cientistas. O etanol potencializa a ativação dos receptores $GABA_A$, receptor do neurotransmissor GABA, do tipo ionotrópico (canais iônicos). Esses receptores, ao serem ativados, são abertos, promovendo influxo de íons de cloro e, assim, levando à hiperpolarização (inibição) celular. O GABA é o principal neurotransmissor inibitório do SNC. Além disso, o álcool reduz a

neurotransmissão glutamatérgica – principal neurotransmissor excitatório do SNC –; dessa forma, também, inibindo o SNC por redução de uma via excitatória. Esse efeito acontece principalmente por inibição dos receptores NMDA, que normalmente seriam ativados pelo glutamato, levando à sua abertura e ao influxo de cátions, acarretando despolarização celular. A via glutamatérgica desempenha importante papel na memória e na cognição. Adicionalmente, o etanol também parece interagir diretamente com outros canais iônicos e, indiretamente, pode afetar a expressão de diversos outros receptores de neurotransmissores, além de proteínas e RNAs. Considerando que o efeito do álcool é diminuir a excitabilidade neuronal, acredita-se que durante a abstinência do uso abusivo de álcool pode ocorrer uma superexcitação do SNC, podendo gerar ansiedade, convulsões e um quadro de perturbação chamado “*delirium tremens*” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004; SEIBEL, 2010).

O álcool tem efeitos bifásicos associados à dose ingerida e à curva de metabolização. Inicialmente são afetados, indiretamente, circuitos catecolaminérgicos, o que leva a um efeito inicial euforizante. Com o aumento dos níveis de álcool no sangue, ocorre a indução dos efeitos depressivos do SNC, desencadeada pela inibição dos circuitos glutamatérgicos e potencialização dos circuitos GABAérgicos, como mencionado anteriormente. Dessa forma, ocorrem prejuízos de funções cognitivas, motoras e perceptivas, podendo posteriormente afetar centros medulares inferiores, incluindo aqueles que regulam a respiração, havendo possibilidade de levar a uma insuficiência respiratória e até mesmo, mas raramente, ao coma ou à morte. Vale pontuar que existe uma grande diferença da resposta do indivíduo aos efeitos do álcool quando comparados sujeitos que são ou não bebedores habituais. Além disso, fatores como gênero e idade também podem interferir nos efeitos neuronais do álcool. Em relação aos efeitos fisiológicos, é bem conhecida a supressão do hormônio antidiurético, que gera uma maior eliminação de líquido através da uri-

na, podendo ocasionar desidratação, além de vasodilatação periférica, causando a perda de calor pela pele (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004; VELLA; CAMERON-SMITH, 2010).

Uma pequena parte ($\downarrow 10\%$) do álcool etílico é eliminada de forma inalterada pelos rins, pulmões e no suor, enquanto a maior parte ($\uparrow 90\%$) sofre metabolização, majoritariamente no fígado. Lá ocorrem duas reações de oxidação, em que primeiramente o etanol é transformado em acetaldeído, pela enzima álcool desidrogenase, e, subsequentemente, em acetato, pela enzima aldeído desidrogenase. Outros sistemas enzimáticos inespecíficos podem ter pequena participação nessa metabolização, principalmente em concentrações sanguíneas mais elevadas de álcool, havendo contribuição das catalases e do sistema microsomal. A taxa de metabolização do etanol pode variar muito de um indivíduo para outro, aproximando-se de 7 gramas por hora para um indivíduo de 70kg. Contudo, há diferenças entre homens e mulheres que levam, por exemplo, uma mesma dose ingerida a alcançar maior concentração sanguínea de etanol no sexo feminino. Além disso, existe uma redução da velocidade de metabolização do álcool no período menstrual e também há variações relacionadas à idade e à raça (etnia), como no caso de orientais, que são menos tolerantes ao álcool.

Nessas reações de metabolização, ocorre a transferência de elétrons para as moléculas de Nicotinamida Adenina Dinucleotídeo oxidada (NAD^+), aumentando a conversão para sua forma reduzida (NADH) no meio citoplasmático. Esse balanço bioquímico pode gerar distúrbios metabólicos, tais como a hiperlipidemia e a hiperuricemia, causando a ocorrência de esteatose hepática, que é a deposição de gorduras neutras no fígado, por prejuízo nos mecanismos de oxidação lipídica. Também a abundância de NADH favorece reações químicas de redução que transformam o piruvato em lactato e o oxalacetato em malato. O problema é que tanto o piruvato como o oxalacetato são intermediários na síntese de glicose por um processo chamado gliconeogênese, nor-

malmente ativado pela diminuição do nível de glicose no sangue. Assim, o aumento no NADH mediado pelo álcool etílico faz com que os intermediários da gliconeogênese sejam desviados para rotas alternativas de reação, o que leva a uma síntese diminuída de glicose. Isso pode gerar um quadro de hipoglicemia, contribuindo para alguns dos efeitos agudos do álcool (HAMMERSTE-DT et al., 2011; CEDERBAUM, 2012). Mas esse efeito só ocorre em indivíduos mal alimentados ou após grande desgaste físico, devido à redução de reserva energética. Como descrito no capítulo de Abordagem Clínica deste livro, a aplicação de glicose venosa deve ser feita em indivíduos que realmente apresentam hipoglicemia, ou seja, após um teste de glicemia, e não em todos os pacientes com intoxicação aguda pelo álcool.

Benzodiazepínicos

Essas drogas pertencem a uma classe de medicamentos com efeitos sedativos, hipnótico, ansiolítico, relaxante muscular e anticonvulsivante, e são clinicamente prescritas para uma série de distúrbios psíquicos, sendo mais seguras do que seus antecessores barbitúricos. Algumas vezes são usadas em dosagem excessiva em tentativas de suicídio, podendo provocar a depressão respiratória. Pode haver variação na manifestação de cada um dos efeitos dos benzodiazepínicos, de acordo com o tipo e a dose. Há um aumento da toxicidade se associado com outras drogas depressoras do SNC, como é observado quando associados com o uso de álcool (citado anteriormente no tópico sobre tolerância cruzada). Além disso, alguns efeitos dos benzodiazepínicos podem favorecer a busca de seu uso de forma abusiva, como o relaxamento, o efeito calmante com redução da ansiedade e a indução de sono.

De forma semelhante ao etanol, os benzodiazepínicos atuam nos receptores $GABA_A$, potencializando a neurotransmissão GABAérgica, aumentando a afinidade entre o GABA e o recep-

tor e, assim, gerando efeito inibitório sobre os neurônios. Em alguns casos, a inibição de vias GABAérgicas promove a ativação das vias dopaminérgicas do sistema de recompensa cerebral, relacionado ao processo de instalação da dependência. Assim como a potência, a meia-vida desses fármacos é muito variada, podendo durar de poucas horas a dias (LONGO; JOHNSON, 2000; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004; SEIBEL, 2010; TAN et al., 2010).

DROGAS ESTIMULANTES

São drogas que aceleram a atividade de determinados sistemas neuronais, trazendo como consequências um estado de alerta exagerado, insônia e aceleração dos processos psíquicos. Dessa forma, promovem aumento da atividade motora, diminuição da sensação de fadiga, excitação e euforia. Estão incluídos nesta categoria: **anfetaminas** e derivados anfetamínicos, como a **metanfetamina**, apresentados como *meth*, *speed*, **crystal** ou *ice*; derivados cocaínicos, como a **cocaína**, *crack*, **merla** e **oxi**; **nicotina**; **mefedrona**; xantinas (**cafeína**, **teobromina** e **teofilina**); **esteroides anabolizantes**; e **metilfenidato**. Este último é utilizado no tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e, assim como outras drogas de prescrição médica, não possui a característica de causar adição quando utilizado para fins terapêuticos, porém é possível a adição nos casos de uso como *doping* para aumento da concentração.

No dia a dia da atenção básica à saúde, ocorre uma maior demanda relacionada ao tabaco, por ser uma droga lícita e de fácil acesso, como também aos derivados cocaínicos, pela grande capacidade de gerar dependência, por seus efeitos devastadores e por questões socioeconômicas. Portanto, é necessário atenção para o entendimento da ação dessas substâncias, como será exposto a seguir.

Tabaco

O tabaco (*Nicotiana tabacum*) é derivado de uma planta e comumente utilizado como droga recreacional, normalmente nas formas de cigarro, fumo, charuto, cachimbo e rapé. A nicotina é a principal substância do cigarro, responsável pelos efeitos psicoativos e pelo desenvolvimento da dependência. No entanto, há mais de 4.000 outras substâncias, algumas muito tóxicas, como amônia, benzeno, cianetos, terebintina, formaldeído, acetaldeído, fenóis, monóxido de carbono e alcatrão. Esses dois últimos são os principais responsáveis pelos problemas de saúde advindos do tabagismo. Por causa disso, existe mais recentemente a tentativa de se comercializar um tipo de cigarro eletrônico que libera apenas vapor com nicotina, como uma proposta de substituição do tabaco.

Quando o fumante dá uma tragada, uma quantidade entre 0,05 e 0,15 mg de nicotina é absorvida pelos pulmões, chegando ao cérebro em aproximadamente 10 segundos. Há um acúmulo de nicotina nesse indivíduo a cada tragada, uma vez que a meia-vida da droga é de aproximadamente 2 horas. Entre os efeitos experimentados, podemos citar a redução da fadiga, aumento da concentração e da eficiência em trabalhos mentais, além do aumento de alerta e memória, e ainda algum efeito sedativo, reduzindo ansiedade e promovendo relaxamento. Contudo, nas fases agudas de abstinência da droga é possível se observar efeitos opostos. Já entre os possíveis efeitos da redução dos níveis de nicotina no organismo, observa-se um aumento da irritabilidade, piora do humor, desestimulação, ansiedade, *deficits* cognitivos e de atenção, distúrbios do sono e aumento do apetite.

A ação da nicotina no cérebro se dá pela sua ligação a receptores de acetilcolina, chamados de receptores nicotínicos (nAChRs). Esses receptores são canais catiônicos amplamente distribuídos no SNC, inclusive no sistema neural de recompensa. Além disso, a nicotina pode inibir a Monoamina Oxidase (MAO), tipos A e B, enzima que degrada a dopamina. Conse-

quentemente, ocorre um aumento dos níveis de dopamina cerebral. A dessensibilização dos receptores nicotínicos correlaciona-se com o rápido desenvolvimento de tolerância à nicotina, mesmo com a tentativa do organismo de aumentar a quantidade desses receptores para compensar a dessensibilização.

A metabolização da nicotina ocorre 80 % no fígado por ação principal da enzima CYP2A6 e em pequena proporção pelas enzimas CYP2B6 e CYP2E1, havendo formação do metabólito cotinina; o restante é metabolizado nos pulmões e rins. Uma pequena parte da nicotina é excretada inalterada na urina, junto com seus metabólitos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004; BENOWITZ, 2009; PATEL et al., 2010).

Derivados Cocaínicos (Cocaína, Crack, Merla, Oxi)

A pasta de coca é extraída a partir das folhas da planta *Erythroxylum coca*. O consumo da cocaína pode ser feito por aspiração nasal do pó de cloridrato de cocaína, que também pode ser diluído e injetado via intravenosa, e também por meio do fumo de sua forma impura, como o *crack*. Quando fumada, os primeiros efeitos ocorrem após 8-10 segundos e duram 5-10 minutos; na forma nasal, tem pico de ação após 5-10 minutos e duração de 30-60 minutos; e, se injetada, o pico ocorre em 30-45 segundos e dura 10-20 minutos. Os derivados cocaínicos têm a capacidade de se ligarem e inibirem os transportadores de dopamina (DAT), serotonina (5-HTT) e noradrenalina (NET) cerebrais. Dessa forma, a droga prejudica a recaptação dos neurotransmissores lançados na fenda sináptica, provocando o acúmulo do neurotransmissor na fenda sináptica.

Entre seus possíveis efeitos fisiológicos, observa-se o aumento da vigilância, redução de fome, sensação de bem-estar e euforia, sentimento de competência e sexualidade, aumento da atividade motora e da energia, além de inquietação, ansiedade e paranoia. Até mesmo o desempenho esportivo pode aumentar momentaneamente pelo incremento na atenção e na resistência.

No entanto, em dosagem excessiva a cocaína pode causar tremores, aumento da temperatura corporal e convulsões, havendo ativação do sistema nervoso simpático. Pode ainda, no caos de consumo exagerado e *overdose*, ocorrer hipertensão, taquicardia, hemorragias vasculares cerebrais e enfarte do miocárdio. À medida que os efeitos da droga passam, o usuário pode se sentir irritado, disfórico, cansado e levemente deprimido.

A cocaína é metabolizada no fígado pela carboxilesterase, sendo a benzoilecgonina o principal metabólito de sua degradação, que continua sendo metabolizada em moléculas menores. Além disso, essa droga também pode, em menor quantidade, sofrer hidrólise pela butirilcolinesterase no plasma e em outros tecidos, assim como pelas esterases do fígado. Isso produz, como metabólito inativo, o metil-éster-ecgonina. Adicionalmente, uma pequena parte da cocaína é desmetilada pela citocromo P450, formando como metabólito ativo a norcocaína e sofrendo novas reações até ser eliminada. De 1 a 5 % dessa droga é eliminada inalterada através dos rins, junto com seus metabólitos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004; KOLBRICH et al., 2006; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012).

É importante ressaltar que a cocaína fumada na forma de *crack* sofre um processo químico conhecido como pirólise, decorrente da alta temperatura e da baixa concentração de oxigênio, ocorrendo formação de Anidroecgonina Metil Éster (AEME), que mostrou ter um potencial neurotóxico maior do que a própria cocaína (GARCIA et al., 2012). Também o álcool pode causar a transesterificação da cocaína dentro do organismo, produzindo cocaetileno, que também pode ser mais tóxico do que a cocaína. Ademais, é comum o uso de cocaína junto com o álcool, pois o efeito depressor deste poderia contrabalancear efeitos psicoestimulantes excessivos da cocaína.

DROGAS PERTURBADORAS

Essas drogas podem também ser denominadas de alucinógenas. Produzem uma série de alterações no funcionamento do cérebro, como delírios, alucinações e alterações na capacidade de discriminar medidas de tempo e espaço. Neste grupo temos algumas fenietilaminas, como a **mescalina** e a metilenodioximetanfetamina (**MDMA**), que é um alucinógeno/estimulante, geralmente sob forma de comprimido (**ecstasy** ou **bala**) ou como pó (**molly**); também há compostos indólicos, como a dietilamida do ácido lisérgico (**LSD**), anticolinérgicos, como **triexafenidil**, **biperideno**, **diciclomina** e produtos de plantas do gênero *Datura*, que contêm atropina e escopolamina, como o **chá de trombeta**; anestésicos, como **fenilciclina** e **ketamina**; canabinoides, como **maconha** e **haxixe**; **cogumelo** (psilocibina) e **ayahuasca** (dimetiltriptamina). Vale pontuar que, atualmente, muitos estudos apontam para importantes características terapêuticas de algumas dessas drogas para diversas doenças.

Dentro desse grupo de substâncias, a maconha é considerada uma droga ilícita mais leve e com melhor aceitação social, resultando numa provável maior demanda desta substância na atenção básica à saúde. Da mesma forma, o *ecstasy*, sendo uma droga atual em determinados ambientes de festas e *shows*, pode gerar demanda de atendimento. Portanto, é preciso conhecer melhor a ação dessas substâncias, como será abordado a seguir.

Maconha

Maconha é um dos nomes populares dados à planta *Cannabis sativa*, que contém mais de 60 substâncias canabinoides, entre as quais o delta-9-tetrahidrocanabinol (THC) é o agente psicoativo principal. No entanto, outros canabinoides podem ter importantes efeitos fisiológicos, sinérgicos ou antagônicos ao

THC. A maconha é usada como fumo ou ingerida (0,5-5 % THC) e também, no caso do haxixe, na forma de resina seca (2-20 % THC) ou como óleo (15-50 % THC). Os seus efeitos começam a ser percebidos em minutos após ser fumada, com pico de ação em 15-30 minutos. Ela é absorvida rapidamente nos pulmões, sendo altamente lipossolúvel, e os efeitos duram 2-6 horas, podendo se acumular no tecido adiposo após doses repetidas, o que prolonga seu efeito.

A ação do THC se dá principalmente sobre os receptores canabinoides dos tipos CB1 e CB2, que são normalmente ativados pelos canabinoides endógenos, como a anandamida. Os receptores CB1 são amplamente distribuídos pelo SNC, especialmente em regiões envolvidas na cognição, memória, recompensa, percepção de dor e coordenação motora, como cerebelo, hipocampo e córtex, estando envolvidos na regulação de mecanismos, entre os quais o balanço energético e o tônus vascular. Os receptores CB1 são os principais responsáveis pelos efeitos psicoativos da droga. Já os receptores CB2 são encontrados mais periféricamente, destacadamente no sistema imunológico. Os agonistas canabinoides possuem baixa toxicidade em doses moderadas.

Entre os efeitos fisiológicos, pode-se observar: relaxamento físico, redução de ansiedade, analgesia, mudanças perceptivas, leve euforia, aumento do apetite, catalepsia, hipotermia, redução da atividade motora e atenuação da capacidade de raciocínio, inclusive levando a muitos acidentes de trânsito. Já entre os possíveis efeitos adversos estão a ansiedade, o pânico e sintomas psicóticos. É importante ressaltar o canabidiol, canabinoide também presente na maconha, que tem um poder terapêutico muito discutido nos dias de hoje.

A metabolização do THC é feita no fígado, levando à produção de mais de 20 metabólitos de longa meia-vida, inclusive o 11-hidroxi-THC, que é um metabólito mais potente que o próprio THC, sendo eles eliminados 25 % na urina e 65 % pelo intestino, onde uma parte acaba sendo reabsorvida (ASHTON, 2001; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004; HALL; DEGENHARDT, 2009; ALVES; SPANIOL; LINDEN, 2012).

Ecstasy (metilenodioximetanfetamina – MDMA)

O *ecstasy*, também conhecido como bala, é uma droga que vem crescendo em popularidade no Brasil, principalmente entre os jovens, sendo associado a festas *rave*, boates e, mais recentemente, ao Carnaval e às micaretas. Muitas vezes é consumido de forma simultânea ao álcool e a outras drogas. Dessa forma, torna-se um problema potencial para os serviços de saúde, muitas vezes como emergências médicas.

Quimicamente similar ao alucinógeno mescalina e, também, ao estimulante metanfetamina, possui propriedades estimulantes e alucinogênicas, embora em menor intensidade do que o LSD, por exemplo. Ao ingerir doses próximas às utilizadas no uso recreacional (75-100 mg), seus efeitos começam a ser observados após 20-60 minutos, prolongando-se por mais 2-4 horas, tendo uma meia-vida de aproximadamente 7,6 horas. Sua ação não é totalmente esclarecida, mas esta droga parece agir como um agonista indireto de receptores de monoaminas cerebrais, promovendo estimulação das vias serotoninérgicas. Pode estimular a liberação desses neurotransmissores e também reduzir sua recaptação e sua metabolização/degradação, que, no caso das monoaminas, se dá pela Monoaminoxidase (MAO) e pela Catecol O-Metiltransferase (COMT).

Entre seus possíveis efeitos, temos um aumento da interação social, empatia, alterações perceptivas visuais e temporais, sensação de aumento de energia e agitação, elevação de pressão sanguínea, sudorese, arritmia cardíaca, hiponatremia e uma hipertermia que pode beirar 43 °C. Podem também aparecer desordens psicopatológicas, como insônias e *flashbacks*, ou até mesmo transtornos de pânico e psicoses, e, posteriormente, ansiedade e irritabilidade.

Sua eliminação se dá em boa parte de forma inalterada, através dos rins. Outra parte é metabolizada através da CYP2D6 no fígado e, seguindo uma cascata de reações com participação da

COMT, forma metabólitos que são excretados pelos rins (XAVIER et al., 2008; PARDO-LOZANO et al., 2012).

Genética

Muitos estudos têm mostrado a participação dos fatores genéticos na questão da dependência química. Esse entendimento é de grande importância para uma melhor compreensão desse problema de saúde e para a possibilidade de uma abordagem terapêutica mais eficaz aos dependentes. É importante sempre pontuar que a dependência de drogas de abuso não é uma questão relacionada ao caráter ou à vontade do usuário, mas sim de diversos fatores, como, por exemplo, os fatores genéticos que predis põem muitos desses indivíduos ao consumo abusivo da droga. Esses fatores podem ter repercussões tanto fisiológicas como também em traços de personalidade, e de ambas as formas contribuir para a susceptibilidade e vulnerabilidade ao abuso de drogas. Contudo, deve ser clara a ideia de que a genética não é determinante nesse processo, já que a dependência química não segue um padrão simples de transmissão hereditária (padrão mendeliano). São vários os genes envolvidos, de forma que o indivíduo pode ser apenas mais ou menos susceptível a determinada droga ou a várias delas. Dessa forma, os fatores genéticos podem favorecer a susceptibilidade de um indivíduo ao abuso de uma droga específica ou de múltiplas drogas; por outro lado, podem protegê-lo em relação ao desenvolvimento da dependência. Neste texto vamos exemplificar alguns estudos genéticos associados com o aumento da vulnerabilidade ao desenvolvimento da dependência de drogas.

Estudos Genéticos

Tendo em vista a complexidade da questão da dependência química, há uma dificuldade em desvendar todos os mecanis-

mos envolvidos e a inter-relação entre eles. No campo da genética isso também é verdadeiro, na medida em que diversos genes são envolvidos nesse processo e a expressão do fenótipo de dependência química é resultado da expressão da informação genética sob influência do ambiente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004). Nesse contexto, há dois tipos importantes de estudos a partir dos quais se pode fazer a investigação dos fatores genéticos relacionados à questão da dependência química: os estudos epidemiológicos e os estudos moleculares.

Os estudos **genético-epidemiológicos** buscam relações entre herança genética e a susceptibilidade ao abuso de determinada droga, podendo ser feitos de três formas: 1) analisando a prevalência de dependência química em determinadas famílias comparada com a população geral, permitindo detectar agregação familiar; 2) comparando gêmeos monozigóticos (geneticamente idênticos) com gêmeos dizigóticos (genética diferente) em relação à influência ambiental e à prevalência da doença; 3) estudos em sujeitos adotados, nos quais se analisa, por exemplo, a correlação da prevalência da dependência nos indivíduos que vivem com pais biológicos ou com pais adotivos.

Cadoret e colaboradores (1995) desenvolveram um estudo genético-ambiental, relativo à dependência de álcool, em que foram encontradas três formas da relação de dependência química entre pais e filhos: 1) influência genética direta, herdada do pai biológico; 2) influência genética indireta, herdada do pai biológico com uma propensão à personalidade antissocial, que é um fator de vulnerabilidade ao uso abusivo de drogas; 3) influência ambiental dos parentes adotivos. Considerando a dualidade genético-ambiental do processo de desenvolvimento da dependência, Cloninger, Bohman e Sigvardsson (1981) e Babor e outros (1992) desenvolveram modelos semelhantes de classificação quanto à dependência química de álcool, dividindo as pessoas em dois grupos: 1) apresentam baixa busca por novidade, elevada evitação de danos, problemas relacionados à drogadição

em menor intensidade e, após os 25 anos de idade, evolução do quadro mais lenta e com melhor prognóstico, havendo maior influência ambiental do que genética; 2) apresentam elevada busca por novidade, baixa evitação de danos, problemas relacionados à drogadição em maior intensidade e, antes dos 25 anos de idade, evolução do quadro mais rápida e com pior prognóstico, havendo maior influência genética do que ambiental.

Os estudos genéticos com uso da biologia molecular buscam verificar a associação entre determinados genes e a dependência química na população geral (SEIBEL, 2010). Vários estudos indicam que a herança genética pode modular alguns fatores fisiológicos implicados na vulnerabilidade do indivíduo ao desenvolvimento da dependência química. Isso pode gerar distúrbios cognitivos, de memória e atenção, que estejam relacionados ao aumento de susceptibilidade ao abuso de drogas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Como pontuado anteriormente, vários genes podem estar envolvidos na dependência química, podendo um sujeito ter maior ou menor produção/quantidade de determinadas proteínas ou neurotransmissores. Diferentes indivíduos podem produzir enzimas e/ou receptores com características funcionais diferentes, o que é conhecido como polimorfismo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004). Nesse contexto, podemos dar destaque ao sistema dopaminérgico, em que são conhecidos cinco tipos clássicos de receptores celulares para dopamina (D1, D2, D3, D4 e D5), produzidos a partir da decodificação do material genético contido nos genes correspondentes (DRD1, DRD2, DRD3, DRD4 e DRD5). Esses receptores estão envolvidos de maneiras diferentes no processo de dependência química, exemplificando a influência genética sobre os efeitos das drogas e possivelmente da dependência (LE FOLL et al., 2009). Nesse sentido, indivíduos que apresentam menor densidade de receptores dopaminérgicos, como o D2, assim como também aqueles que possuem maior atuação dos transportadores de dopamina,

responsáveis pela sua retirada do local de ação através de recaptação, têm consequentemente uma redução da atividade dopaminérgica, como parece ocorrer naqueles que possuem o alelo A1 do gene DRD2 (NOBLE, 2000). Dessa forma, esses indivíduos podem ser propensos a tentar compensar essa hipofunção do sistema dopaminérgico, principalmente nos circuitos neurais relativos ao reforço e à recompensa, buscando estimulá-los pelo efeito de drogas psicoativas, o que provocaria a ativação dessas vias. Outra situação é relativa à participação genética em diferenças nos processos de metabolização das substâncias envolvidas, como no caso, apontado por alguns estudos, da interferência do polimorfismo da enzima CYP2A6 no processo de dependência química à nicotina, sendo essa enzima responsável por 90 % da metabolização dessa droga no organismo humano. Assim, uma menor atividade dessa via enzimática levaria a uma menor susceptibilidade ao desenvolvimento de dependência ao tabaco e sintomas menos graves durante a síndrome de abstinência, afinal, esse metabolismo mais lento faz com que a substância fique mais tempo ativa no organismo, necessitando buscá-la menos frequentemente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004). Recentemente, Chenoweth e colaboradores (2013) mostraram uma maior facilidade em abandonar o uso da nicotina em adolescentes com metabolização lenta da substância.

CONCLUSÃO

É importante ressaltar que é clara a participação de componentes genéticos e ambientais no desenvolvimento da dependência química. Dessa forma, destacaram-se neste capítulo alguns estudos relacionados ao tema, entretanto evidencia-se a necessidade de constante atualização na área científica, uma vez que novas informações neurobiológicas podem trazer importante impacto sobre a atenção básica e a prática clínica cotidiana. A informação científica ajuda a melhorar o tratamento e o entendimento

dos problemas relacionados à dependência de drogas e, também, da interação dos efeitos de diversas drogas de abuso, até mesmo da interação da dependência com outras doenças psiquiátricas.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. O.; SPANIOL, B.; LINDEN, R. Canabinoides sintéticos: drogas de abuso emergentes. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 39, n. 4, p. 142-8, 2012.

ASHTON, C. H. Pharmacology and effects of cannabis: a brief review. **The British Journal of Psychiatry**, v. 178, n. 1, p. 101-6, 2001.

BABOR, T. F. et al. Types of alcoholics: concurrent and predictive validity of some common classification schemes. **Br. J. Addict.**, v. 87, n. 10, p. 1415-31, 1992.

BENOWITZ, N. L. Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease, and therapeutics. **Annu. Rev. Pharmacol. Toxicol.**, v. 49, n. 1, p. 57-71, 2009.

CADORET, R. J. et al. Adoption study demonstrating two genetic pathways to drug abuse. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 52, n. 1, p. 42-52, 1995.

CEDERBAUM, A. I. Alcohol metabolism. **Clin. Liver Dis.**, v. 16, n. 4, p. 667-85, 2012.

CHENOWETH, M. J. et al. CYP2A6 slow nicotine metabolism is associated with increased quitting by adolescent smokers. **Pharmacogenet. Genomics**, v. 23, n. 4, p. 232-5, 2013.

CLONINGER, C. R.; BOHMAN, M.; SIGVARDSSON, S. Inheritance of alcohol abuse. Cross-fostering analysis of adopted men. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 38, n. 8, p. 861-8, 1981.

DI CHIARA, G.; IMPERATO, A. Drugs abused by humans preferentially increase synaptic dopamine concentrations in the mesolimbic system of freely moving rats. **Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A.**, v. 85, n. 14, p. 5274-8, 1988.

GARCIA, R. C. et al. Neurotoxicity of anhydroecgonine methyl ester, a crack cocaine pyrolysis product. **Toxicol Sci.**, v. 128, n. 1, p. 223-34, 2012.

GOLAN, D. E. et al. **Princípios de Farmacologia** – a base fisiopatológica da farmacoterapia. 2. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2009. 914 p.

HALL, W.; DEGENHARDT, L. Adverse health effects of non-medical cannabis use. **The Lancet**, v. 374, n. 9698, p. 1383-91, 2009.

HAMMERSTEDT, H. et al. Alcohol-related hypoglycemia in rural Uganda: socioeconomic and physiologic contrasts. **Int. J. Emerg. Med.**, v. 4, n. 5, 2011.

KOLBRICH, E. A. et al. Major and minor metabolites of cocaine in human plasma following controlled subcutaneous cocaine administration. **J. Anal. Toxicol.**, v. 30, n. 8, p. 501-10, 2006.

LE FOLL, B. et al. Genetics of dopamine receptors and drug addiction: a comprehensive review. **Behav. Pharmacol.**, v. 20, n. 1, p. 1-17, 2009.

LOGRIP, M. L.; KOOB, G. F.; ZORRILLA, E. P. Role of corticotropin-releasing factor in drug addiction: potential for pharmacological intervention. **CNS Drugs**, v. 25, n. 4, p. 271-87, 2011.

LONGO, L. P.; JOHNSON, B. Addiction: Part I. Benzodiazepines – side effects, abuse risk and alternatives. **Am. Fam. Physician.**, v. 61, n. 7, p. 2.121-8, 2000.

MINEUR, Y. S. et al. Nicotine decreases food intake through activation of POMC neurons. **Science**, v. 332, n. 6.035, p. 1.330-2, 2011.

NOBLE, E. P. Addiction and its reward process through polymorphisms of the D2 dopamine receptor gene: a review. **Eur. Psychiatry**, v. 15, n. 2, p. 79-89, 2000.

PARDO-LOZANO, R. et al. Clinical pharmacology of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA, “ecstasy”): the influence of gender and genetics (CYP2D6, COMT, 5-HTT). **PLoS One**, v. 7, n. 10, 2012.

PATEL, D. R. et al. Pharmacologic agents for smoking cessation: a clinical review. **Clin. Pharmacol.**, v. 2, p. 17-29, 2010.

PETIT, G. et al. Alcohol-related context modulates performance of social drinkers in a visual Go/No-Go task: a preliminary assessment of event-related potentials. **PLoS One**, v. 7, n. 5, 2012.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. 664 p.

ROBINSON, T. E.; BERRIDGE, K. C. The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. **Brain Research Reviews**, v. 18, n. 3, p. 247-291, 1993.

ROHNER-JEANRENAUD, F. et al. Chronic central infusion of cocaine- and amphetamine-regulated transcript (CART 55-102): effects on body weight homeostasis in lean and high-fat-fed obese rats. **Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.**, v. 26, n. 2, p. 143-9, 2002.

SEIBEL, S. D. (Org.). **Dependência de drogas**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

TAN, K. R. et al. Neural bases for addictive properties of benzodiazepines. **Nature**, v. 463, n. 7282, p. 769-74, 2010.

VELLA, L. D.; CAMERON-SMITH, D. Alcohol, athletic performance and recovery. **Nutrients**, v. 2, n. 8, p. 781-9, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Neuroscience of psychoactive substance use and dependence**. Genebra: World Health Organization, 2004. 264 p.

XAVIER, C. A. C. et al. Êxtase (MDMA): efeitos farmacológicos e tóxicos, mecanismo de ação e abordagem clínica. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 35, n. 3, p. 96-103, 2008.



Capítulo 3

Epidemiologia do Consumo de Substâncias Psicoativas

Marcos Vinícius Ferreira dos Santos;

Flávia Batista Portugal; Raul Caetano

INTRODUÇÃO

O uso da epidemiologia para estudar os sistemas e serviços de saúde colabora na produção de conhecimentos para a tomada de decisões, no subsídio para a formulação de políticas relacionadas ao tema e na organização do sistema de ações de saúde (TIGRE et al., 1990). Desde a década de 1980, são conhecidas grandes áreas de atuação e relevância da epidemiologia nos serviços de saúde: 1) vigilância em saúde pública; 2) análise da situação de saúde, seus determinantes e tendências; 3) identificação de perfis e fatores de risco; e 4) avaliação do impacto em saúde dos serviços, de tecnologias e de outras ações (PAIM, 2003; OLIVEIRA, 2009).

Na problemática do consumo de drogas, a epidemiologia estuda a distribuição dos números de usuários e os fatores relacionados ao consumo em populações específicas e em um determinado período. Os estudos epidemiológicos permitem estimar a magnitude do problema, identificam os fatores relacionados ao consumo de substâncias psicoativas, subsidiando a efetividade

de das ações de prevenção, auxiliam no mapeamento de regiões com alta prevalência e incidência e possibilitam analisar tendências temporais (MEDINA et al., 2010; GALDURÓZ; SANCHEZ; NOTO, 2011; PAIM; MOTA, 2011).

A Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2005) tem como diretriz fundamental campanhas e programas de prevenção em pesquisas e levantamentos sobre o uso de drogas e suas consequências, de acordo com a população-alvo, respeitadas as características regionais e as peculiaridades dos diversos segmentos populacionais.

Nessa perspectiva, conhecer a realidade do consumo de drogas numa determinada população é imprescindível para a implementação de estratégias de prevenção ao uso, como também para a organização de serviços de dependência de drogas.

Dados isolados não são suficientes para se traçar um perfil da sociedade diante das drogas, assim, a epidemiologia do consumo de substâncias psicoativas utiliza diversas abordagens (GALDURÓZ et al., 2005; MEDINA et al., 2010; GALDURÓZ; SANCHEZ; NOTO, 2011; PAIM; MOTA, 2011), em que se destacam os estudos populacionais e os indicadores epidemiológicos de consumo.

Este capítulo objetiva discutir o emprego da epidemiologia no contexto do uso, abuso e dependência de drogas, conceituando alguns aspectos metodológicos ao se trabalhar com a epidemiologia neste campo, como também apresentar e analisar os resultados dos principais estudos do tema realizados no país, visando proporcionar seu uso como tecnologia de trabalho na atenção básica em saúde.

EPIDEMIOLOGIA, SERVIÇOS DE SAÚDE E CONSUMO DE DROGAS: QUESTÕES CONCEITUAIS E METODOLÓGICAS

Epidemiologia, planejamento e gestão são conhecimentos e tecnologias que constituem o corpo da *Saúde Coletiva* e são áreas de interface, das quais a epidemiologia confere um maior

grau de racionalidade *técnica* à elaboração e implementação de planos e programas em *Saúde Coletiva*. A epidemiologia pode contribuir com informações imprescindíveis à formulação de políticas e programas de saúde e sua avaliação. Assim, torna-se útil à gestão em saúde, para que se alcancem os objetivos de um sistema ou serviço. Nesse sentido, contribui através da implantação e do aprimoramento da produção de ações e serviços embasados em necessidades populacionais (CASTIEL; RIVERA, 1985; ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002; OLIVEIRA, 2009; PAIM; MOTA, 2011).

No que se refere à avaliação de intervenções e de serviços de saúde, a epidemiologia contribui na investigação da equidade, cobertura e acessibilidade destes, sendo os inquéritos populacionais a principal ferramenta para investigar essas dimensões (CASTIEL; RIVERA, 1985; JEKEL; ELMORE; KATZ, 1999; OLIVEIRA, 2009).

Ao abordar o consumo de Substâncias Psicoativas (SPAs) a partir do *modelo de Saúde Pública*, ou seja, correlacionar a interação entre sujeito, ambiente e droga para tentar explicar o consumo, os inquéritos populacionais tornam-se bastante úteis, permitindo estabelecer o perfil de saúde da população usuária ou geral, bem como identificar possíveis fatores relacionados ao seu padrão de morbimortalidade (PERRENOUD; RIBEIRO, 2011; MEDINA et al., 2011).

EPIDEMIOLOGIA, INDICADORES E ANÁLISE DA SITUAÇÃO DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

A epidemiologia contribui, no contexto assistencial, com a reorientação da prática clínica, fornecendo métodos e conhecimentos que aprimoram a tomada de decisão em escolhas de diagnósticos, intervenções e tecnologias, assim como em questões relativas ao prognóstico. E, sob este prisma, para elencar prioridades e conhecer a situação de uma dada população no

que tange à saúde, o entendimento propiciado pela tecnologia da epidemiologia permite a sistematização da análise de situação de saúde (DRUMOND JUNIOR, 2009).

A análise de situação de saúde é um dos usos da epidemiologia e significa conhecer: 1) o que afeta a saúde da população e em que medida isso ocorre; 2) o que produz doenças; 3) o que provoca óbitos; e 4) o que compromete as potencialidades do ser humano (MOTA; KERR, 2011). Medidas de frequências de doenças, de agravos à saúde e de óbitos são informações essenciais para a análise da situação de saúde de uma população. E a disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição necessária para uma análise objetiva. A busca de medidas do estado de saúde da população é uma atividade central em saúde pública, iniciada com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência (REDE, 2008).

Os indicadores são medidas que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Quando visualizados em conjunto, os indicadores refletem a situação de uma população e servem para a vigilância das condições de saúde (REDE, 2008).

A produção de informações que fundamentam a construção de indicadores ainda é desafio existente em diversas instituições, sendo que a qualidade dos dados é a mais importante limitação para a análise de frequências de doenças e agravos relacionados à saúde (MOTA; KERR, 2011). Inquéritos e indicadores são, sem dúvida, indispensáveis para analisar a relação de coletividades com as substâncias psicoativas, contudo algumas limitações comuns na utilização de dados e informações em saúde permanecem, como: sub-registro, falta de atualização e de uso dos dados, baixa completude.

Na temática do consumo de drogas, pode-se utilizar, além de indicadores que subsidiam a análise da situação de saúde da população em geral, indicadores específicos relacionados ao uso. Como já expresso anteriormente, além desses indicadores

específicos de consumo, o inquérito populacional é um método de obtenção de dados de consumo de substância. Os inquéritos epidemiológicos e os indicadores de consumo serão descritos ainda neste capítulo. Cada um destes métodos pode ser útil e mais adequado a depender do tipo de especificidade que se deseja responder. Estudos populacionais, por exemplo, fornecem dados diretos do consumo de drogas de uma determinada população, já os indicadores de consumo fornecem dados indiretos, consequentemente, possibilitando de maneira distinta entender a realidade do uso de drogas (GALDURÓZ et al., 2005; GALDURÓZ; SANCHEZ; NOTO, 2011).

Mesmo que os estudos epidemiológicos sobre consumo de drogas no Brasil datem do fim da década de 80 e que o país tenha sido, na América Latina, o que mais produziu dados sobre dependência química na época, é fato que estes estudos foram, e ainda são, realizados com muita dificuldade, principalmente, pelo pequeno suporte financeiro oriundo das instituições públicas (KERR-CORRÊA et al., 1999; NOTO, 1999; LARANJEIRA, 1999). Inclusive, embora o consumo de substâncias seja considerado um problema de saúde mundial, não existem sistemas de informação específicos sobre esse tema, nem uma boa completude de dados relacionados ao abuso e à dependência de drogas. Há a necessidade de se dar mais ênfase aos estudos epidemiológicos no Brasil, não só com a ampliação como também com a renovação sistemática dessas pesquisas (GALDURÓZ et al., 2005).

Além disso, Medina e colaboradores (2010) e outros autores (CARLINI-COTRIM; BARBOSA, 1993; GALDURÓZ et al., 2005) concordam que a definição do consumo de drogas enquanto condição de saúde ainda possui imprecisão, e isso faz com que as informações disponíveis não sejam padronizadas, dificultando análises populacionais, o consenso e a tomada de decisões. E, também, por diversos atores sociais, o consumo de drogas fica limitado à frequência de uso das mesmas, excluindo-se de análises os problemas sociais, de saúde e demais relacionados.

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DE CONSUMO

Os indicadores epidemiológicos de consumo fornecem dados indiretos do uso de drogas de uma determinada população (GALDURÓZ et al., 2005), relacionando as consequências do abuso ou da dependência. São exemplos:

- Internações hospitalares;
- Atendimentos ambulatoriais;
- Atendimentos em salas de emergências;
- Laudos cadavéricos de mortes violentas (fornecidos pelo Instituto Médico Legal – IML);
- Apreensões de drogas feitas pelas polícias Federal, Estaduais e Municipais;
- Prescrições de medicamentos (ex: benzodiazepínicos e anfetamínicos);
- Mídia (notícias veiculadas pelos meios de comunicações sobre as drogas);
- Casos de violência decorrentes do uso de drogas.

Noto e outros (2002) realizaram um estudo com abrangência nacional e obtiveram dados com hospitais e clínicas psiquiátricas brasileiras, no período de 1988 a 1999. O álcool foi o responsável por cerca de 90 % de todas as internações hospitalares por dependências, com variação de 95,3 %, em 1998, a 84,4 %, em 1999. A queda das internações por alcoolismo, na década de 90, pode simplesmente refletir uma ênfase, cada vez maior, no tratamento ambulatorial. Entretanto, infelizmente, o país não dispunha de dados neste nível de atenção. Apesar dessa redução observada na década de 90, em 2006 os transtornos mentais e comportamentais foram a principal causa de internação de pessoas entre 15 e 59 anos no Sistema Único de Saúde. No total de 4.687.898 internações, aproximadamente 14 %, ou 636.181 em números absolutos, foram decorrentes dos transtornos mentais (BRASIL, 2006).

INQUÉRITOS POPULACIONAIS: ASPECTOS METODOLÓGICOS

Apesar de todo avanço epidemiológico observado nas últimas décadas, através do desenvolvimento de instrumentos e aprimoramento da construção dos estudos, a saúde mental ainda se constitui como um desafio nas pesquisas. Tal fato é atribuído ao caráter subjetivo dos transtornos mentais, uma vez que é vinculado a questões culturais, sociais e econômicas. Dessa forma, torna-se um desafio adotar conceituações universais nos estudos epidemiológicos, que possam ser adotadas nos mais diversos grupos populacionais e contempladas por instrumentos de fácil aplicação e baixo custo (MARI et al., 2011).

Diante disso, o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid), da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), representa um dos principais grupos de pesquisas, especialmente de caráter populacional, sobre o uso de substâncias psicoativas (SPAs) no Brasil. O Cebrid iniciou suas atividades em 1978, devido à necessidade de pesquisas sobre o uso de SPAs na população brasileira que poderiam subsidiar a criação de programas preventivos adequados às especificidades da população (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2006). Assim, hoje, quando se fala em pesquisas epidemiológicas, o Cebrid constitui-se um importante grupo no cenário brasileiro, de tal forma que seus aspectos metodológicos são aplicados em diversas pesquisas em todo o país.

Apesar das dificuldades encontradas na conceituação de um fenômeno complexo e subjetivo como o uso de SPAs, os estudos epidemiológicos realizados até o ano de 2013 utilizaram basicamente dois tipos de conceituações sobre o consumo: uma caracteriza a intensidade do uso; a outra, a frequência dele. A primeira categorização reflete os padrões de consumo de acordo com o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – 4ª Revisão (DSM-IV)*, a saber: uso, abuso e dependência (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2004).

- Uso é considerado o consumo em geral de forma experimental, esporádica ou episódica. É o que, muitas vezes, consideramos ser o uso ‘social’;
- Abuso é o consumo de substâncias associado a prejuízos de natureza biológica, psicológica e\ou social, sendo, muitas vezes, criticado por outras pessoas. Não é acompanhado de síndrome de abstinência e tolerância;
- Dependência é compreendida como o consumo sem controle e associado ao desenvolvimento de problemas mais graves para o indivíduo em diferentes áreas (física, psicológica e\ou social) de sua vida.

Cabe aqui ressaltar que com a publicação da DSM-V, em maio de 2013, o *abuso* não é mais considerado um padrão de consumo. E a *dependência*, pela nova classificação, considerando-se a presença dos critérios diagnósticos para ela no período de um ano, classifica-se em (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013):

- Leve: presença de dois ou três dos 11 critérios;
- Moderada: presença de quatro ou cinco dos 11 critérios;
- Grave: presença de mais de seis dos 11 critérios.

Mesmo que esses padrões sejam úteis, sobretudo na prática clínica, eles apresentam dificuldades metodológicas em serem adotados nos inquéritos epidemiológicos populacionais. Dessa forma, com o propósito de uma padronização dos estudos de prevalência de uso de drogas psicotrópicas, a Organização Mundial da Saúde (SMART et al., 1980) propôs uma tipologia que definiu os padrões de uso de substâncias psicoativas da seguinte forma:

- Uso na vida: uso de determinada droga pelo menos uma vez na vida;

- Uso no ano: uso de determinada droga pelo menos uma vez nos últimos 12 meses;
- Uso no mês: uso de determinada droga pelo menos uma vez nos últimos 30 dias;
- Uso frequente: uso de determinada droga por seis ou mais vezes nos últimos 30 dias;
- Uso pesado: uso diário de determinada droga nos últimos 30 dias.

Além disso, especificamente para o uso de álcool, há o termo “*binge drinking*”. Este termo engloba o beber prejudicial, que, segundo Laranjeiras e colaboradores (2007), considera-se como acima de 5 doses para os homens e 4 doses para as mulheres.

Outro ponto importante nas pesquisas epidemiológicas é a coleta de dados. Atualmente, o questionário é o instrumento mais utilizado para obtenção de informações sobre SPAs, em razão de seu caráter prático e simples de aplicação. Entretanto, ressalta-se que este instrumento mede o relato e não o consumo, uma vez que o consumo de drogas trata-se de um hábito estigmatizado e ilegal, o que pode levar o usuário a não deixar vestígios do seu comportamento (CARLINI-COTRIM, BARBOSA; 1993).

O instrumento proposto pelo Cebrid, e amplamente utilizado em pesquisas no país, é uma tradução e adaptação para a realidade brasileira de um instrumento do *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*¹ (SAMHSA). Ele é composto basicamente por oito partes, conforme demonstrado abaixo (CARLINI et al., 2006):

1. Explicação da pesquisa, convidando o indivíduo a participar;
2. Questões referentes a dados socioeconômicos e demográficos. Há também a escala da Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado (Abipeme), por meio

1 *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) foi criado em 1992, sendo uma ramificação do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos. Além de atuar na área de prevenção, tratamento e reabilitação de pessoas que fazem o uso abusivo de SPAs, realiza também inquéritos nacionais que subsidiam suas ações (SAMHSA, acesso em 11 jun. 2013).

- da qual é possível avaliar a classe econômica do indivíduo (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS INSTITUTOS DE PESQUISA DE MERCADO, 1978);
3. Investigação sobre o uso de SPAs na vida (álcool, tabaco, maconha, alucinógenos, cocaína, anfetaminas, anticolinérgicos, solventes orgânicos, tranquilizantes ansiolíticos, opiáceos, sedativos e barbitúricos);
 4. Esta parte é constituída pelo detalhamento do padrão de uso de SPAs (uso no ano, no mês, nos últimos 30 dias);
 5. Questões sobre o uso de SPAs injetáveis e a opinião dos participantes sobre os riscos deste uso;
 6. É composta por questões que incluem os critérios para dependência de SPAs segundo o *National Household Survey on Drug Abuse*²;
 7. Identificação dos possíveis tratamentos já realizados pelos pesquisados;
 8. Questões referentes a complicações pessoais sobre o uso de SPAs.

Outro instrumento foi utilizado no *I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras*. Por meio deste, é possível identificar dados sociodemográficos, dados socioeconômicos, caracterização do curso universitário (por exemplo, ano e período cursado), caracterização da vida acadêmica (por exemplo, locais frequentados dentro da instituição), caracterização da vida diária, prevalência do uso de SPAs, sintomas depressivos, persecutórios e de sofrimento psicológico, políticas institucionais e comportamentos gerais. Além da caracterização da prevalência de uso de SPAs, pode-se identificar abuso e dependência do álcool e outras

2 O *National Household Survey on Drug Abuse* (NHSDA) foi um *survey* realizado nos Estados Unidos que visava estimar a prevalência do uso de SPAs ilegais e monitorar as mudanças na prevalência no decorrer dos anos. Atualmente, denomina-se *National Survey on Drug Use and Health* (NSDUH) (NSDUH, acesso em 11 jun. 2013).

drogas através de: Teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (Assist) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002); *Rutgers Alcohol Problem Index* (Rapi) (WHITE; LABOUVIE, 1989); Teste de Fagerström (HEATHERTON et al., 1991). Para identificação de sintomas psicológicos utilizou-se: Inventário de Depressão de Beck – versão II (RICHTER et al., 1998), Escala breve K6 (KESSLER et al., 2002) e Sintomas Psicóticos do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ) (BRASIL, 2010).

A seguir serão apresentados os principais achados e as tendências do uso de substâncias psicoativas, a partir dos inquéritos epidemiológicos na população em geral e em diferentes grupos populacionais.

PRINCIPAIS INQUÉRITOS NA POPULAÇÃO GERAL

O uso de SPAs tornou-se uma das principais preocupações da sociedade atual. O uso cada vez maior e mais precoce abrange todos os estratos sociais, e suas consequências ultrapassam o âmbito da saúde, atingindo também os aspectos econômicos, políticos e sociais. Estima-se que, em 2010, aproximadamente 230 milhões de pessoas no mundo fizeram uso pelo menos uma vez no ano de alguma SPA ilícita, sendo que 27 milhões de pessoas foram consideradas “usuários-problema” neste mesmo ano (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2012). E, apesar da difícil mensuração da extensão mundial do uso de SPAs ilícitas, acredita-se que a prevalência de abuso e dependência foi de 0,4 a 4 % em 2001, sendo que 0,4 % das mortes mundiais foram atribuídas ao seu uso em 2004. Além disso, usuários de SPAs injetáveis apresentam maior risco para HIV/Aids, overdose, suicídio e trauma (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; 2009).

No Brasil, um dos principais estudos realizados sobre o uso de SPAs é o *I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil*, realizado em 107 cidades brasileiras, em 2001. De acordo com ele, o uso na vida de qualquer substância

psicoativa, exceto álcool e tabaco, foi de 19,4 %, sendo que 4 % referiram algum tratamento por causa do uso de alguma SPA. Para o álcool e o tabaco, o uso na vida foi de 68,7 % e 41,1 % respectivamente, sendo que 5,3 % e 9 % eram dependentes (CARLINI et al., 2002). Já em 2006, o *II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil*, realizado em 108 cidades, encontrou dados superiores ao anterior, sendo o uso na vida de qualquer SPA, exceto álcool e tabaco, de 22,8 % (CARLINI et al., 2006; GALDURÓZ; SANCHEZ; NOTO, 2011).

O consumo de álcool é tão difundido que se tornaram necessários dados detalhados sobre seu uso entre a população brasileira, a fim de subsidiar ações governamentais. Assim, em 2007 foi lançado o *I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Alcool na População Brasileira*. Esse levantamento entrevistou 3.007 pessoas, de 14 municípios brasileiros, e demonstrou que 52 % dos brasileiros acima dos 18 anos bebem pelo menos uma vez por ano. Além disso, mostrou que os brasileiros mais jovens bebem mais que os adultos com mais de 60 anos; quando, por exemplo, comparamos os jovens de 18 a 24 anos, essa diferença equivale a 89 %. A cerveja é a bebida mais consumida pela população brasileira (61 %), seguida por vinho (25 %) e destilados (12 %). A literatura internacional denomina o “uso pesado episódico de álcool” como “*binge drinking*”, sendo este o uso mais perigoso, uma vez que durante este episódio acontecem alterações neurofisiológicas (como diminuição da atenção, da coordenação motora e outros). Esse levantamento demonstrou que 28 % dos brasileiros beberam em “*binge*” no último ano (LARANJEIRA et al., 2007).

Em 2010, foi lançada a pesquisa *Uso de Bebidas Alcoólicas e outras Drogas nas Rodovias Brasileiras e outros Estudos*. Essa pesquisa entrevistou 3.398 motoristas, dos quais: 71,1 % referiram ter bebido no último ano; 73,1 % relataram “*binge*” menos que uma vez por mês; enquanto 25,3 %, entre duas e oito vezes por mês. Além disso, 12,8 % relataram ter ingerido bebida alco-

ólica no dia da coleta. E, através da coleta de saliva, 150 (4,6 %) apresentaram positividade para outras SPAs, sendo elas: cocaína (2,05 %), maconha (1,5 %) e benzodiazepínicos (1,04 %) (PECHANESKY et al., 2010).

PRINCIPAIS INQUÉRITOS EM ESTUDANTES DO ENSINO FUNDAMENTAL E MÉDIO

A adolescência se constitui como um período de mudanças, que se torna um momento crítico para o início do uso de SPAs. Desse modo, os jovens, especialmente os escolares, são alvos constantes de estudo, por serem de fácil acesso e também pelo fato de a escola se estabelecer como um espaço de socialização, influenciando, conseqüentemente, na construção do indivíduo. Com essa visão, o Cebrid realiza pesquisas periódicas com estudantes do ensino fundamental e do ensino médio, a fim de traçar o diagnóstico de consumo de SPAs entre os estudantes, além de comparar o uso com fatores familiares e aspectos pessoais. O I Levantamento foi publicado em 1989; logo depois publicaram-se outros levantamentos, em 1990, 1994 e 1997; e, por fim, em 2004 foi publicado o *V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras* (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2004).

Esses levantamentos utilizaram a classificação de uso proposta pela OMS. O VI Levantamento demonstrou que 60,5 % e 16,9 % dos estudantes fizeram uso na vida de álcool e tabaco, respectivamente. Já entre as SPAs ilícitas, os solventes predominaram (8,7 %), seguidos pela maconha (5,9 %) (CARLINI et al., 2010).

Por fim, esses estudos demonstram a necessidade de maior abordagem a essa população, já que o uso de SPAs gera consequências tanto no âmbito da saúde como no social e econômico. Assim, os estudantes se tornam alvo primordial de intervenções, uma vez

que muitas vezes o início do uso ocorre nessa fase. Desse modo, são necessárias abordagens específicas para estudantes do ensino fundamental e do ensino médio, contudo é importante evidenciar que tais abordagens devem, além de incluir meios de transmissão de informações, como campanhas, também criar meios de tornar o estudante um agente de mudança da sua própria realidade.

PRINCIPAIS INQUÉRITOS EM UNIVERSITÁRIOS

Atualmente, observa-se uma grande preocupação com o uso de SPAs entre universitários. Acredita-se que estes estudantes após saírem do ensino médio trazem sentimentos positivos por terem alcançado uma meta, no entanto esta fase também pode se tornar um período crítico, gerando maior vulnerabilidade para o início e a manutenção do uso de drogas (PEUKER; FOGAÇA; BIZARRO, 2006). Na universidade, os estudantes frequentam festas, nas quais normalmente há bebidas alcoólicas, aumentando o risco para o uso de SPAs (PILLON; O'BRIEN; CHAVEZ, 2005). E, apesar de poderem superar a fase de “uso pesado” e as implicações desse consumo sem assistência nem tratamento, eles são vulneráveis a uma grande quantidade de consequências prejudiciais até que abandonem o uso (DIMEFF et al., 2002).

Ao considerar a relevância da temática e o impacto para a sociedade do uso de substâncias entre universitários, em 2010, foi lançado o *I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras*. Este levantamento pesquisou 12.856 universitários de 100 instituições, sendo 51 públicas e 49 privadas, em 2009, e mostrou o perfil do uso dos universitários brasileiros. Semelhante ao já mostrado por estudos menores, o uso na vida, no ano e no mês de álcool foi de 86,2 %, 72 % e 60,5 %, respectivamente. O tabaco foi a segundo SPA mais prevalente e seu uso na vida, no ano e no mês foi de 46,7 %, 27,8 % e 21,6 % respectivamente. Considerando todas as SPAs ilícitas, o uso na vida, no ano e no mês foi

de 48,7 %, 35,8 % e 25,9 %, respectivamente. Esse levantamento possui um papel importante na sociedade brasileira, pois assume a necessidade da abordagem do assunto nas universidades, para que estas, junto com o governo e a comunidade científica, assumam o seu importante papel na prevenção do uso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2010).

Este I Levantamento apontou ainda que homens apresentaram maior prevalência para uso na vida de maconha (34,5 %), inalantes (25,5 %), cocaína (11,3 %) e alucinógenos/*ecstasy* (11 %); enquanto mulheres apresentaram maior uso de maconha (19,9 %), anfetamínicos (18,1 %), inalantes (16,6 %) e tranquilizantes (14,7 %). Como os dados são preliminares, ainda não houve uma análise mais profunda das informações levantadas (BRASIL, 2010).

CONCLUSÃO

O consumo de SPAs é uma questão que atinge a população mundial, em todos os níveis etários, econômicos e sociais, e indubitavelmente configura-se como um problema de saúde pública. A partir da análise dos inquéritos apresentados neste capítulo, bem como de outros indicadores epidemiológicos de consumo, nota-se que as SPAs mais consumidas, no Brasil e no mundo, são as lícitas – primeiramente o álcool, posteriormente o tabaco. Além disso, percebe-se que diferentes grupos podem apresentar padrões de consumo distintos, como os universitários, que apresentam prevalência de uso de drogas maior que a população geral.

Portanto, conhecer o padrão de consumo de populações e fatores a ele relacionados, assim como fatores relacionados à iniciação e manutenção deste padrão, contribui substancialmente para o desenvolvimento de ações de prevenção no âmbito coletivo e também no individual.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à Epidemiologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental** – DSM-V. 5. ed. EUA: American Psychiatric, 2013. Disponível em: <<http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>>. Acesso em: 30 set. 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS INSTITUTOS DE PESQUISA DE MERCADO (ABIPEME). **Proposição para um novo critério de classificação socioeconômica**. São Paulo: Abipeme, 1978.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Painel de Indicadores do SUS**. Brasília, v. 3, n. 7, 2006.

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. Aprova a Política Nacional sobre drogas. **Resolução GSIPR/CH/CONAD nº 3**, 27 out. 2005. Disponível em: <www.senad.gov.br>. Acesso em: 15 abr. 2012.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras**. Brasília: Senad, 2010. 284 p.

CARLINI, E. A. et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001. São Paulo: Cebrid – Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas / Unifesp – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CARLINI, E. A. et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. São Paulo: Cebrid – Centro Brasi-

leiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas / Unifesp – Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CARLINI, E. A. et al. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras**. São Paulo: Senad, 2010.

CARLINI-COTRIM, B.; BARBOSA, M. T. **Pesquisas epidemiológicas sobre o uso de drogas entre estudantes**: um manual de orientações gerais. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas – Cebrid/Escola Paulista de Medicina – EPM, 1993.

CASTIEL, L. D.; RIVERA, F. J. U. Planejamento em saúde e epidemiologia no Brasil: casamento ou divórcio? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, p. 447-456, 1985.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (Cebrid). Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). **Departamento de Medicina Preventiva da Unifesp**, 2006. Disponível em: <<http://www.cebrid.epm.br/index.php>>. Acesso em: 11 jun. 2013.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (Cebrid). Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). **V Levantamento Nacional Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras**. 2004. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/>>. Acesso em: 20 dez. 2011.

DIMEFF, L. A. et al. O uso de álcool e a prevenção do abuso de álcool entre estudantes universitários. In: _____. **Alcoolismo entre estudantes universitários**: uma abordagem de redução de danos. Tradução de J. M. Bertolote. São Paulo: Unesp, 2002. p. 25-36.

DRUMOND JUNIOR, M. Epidemiologia em serviços de saúde: conceitos, instrumentos e modo fazer. In: CAMPOS, G. W. S. et

al (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 419-456.

FIGLIE, N. B.; BORDIN, S. LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004.

GALDURÓZ, J. C. F.; SANCHEZ, Z. V. M.; NOTO, A. R. Epidemiologia do uso, do abuso e da dependência de substâncias psicoativas. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 49-58.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, 888-895, out. 2005. Número especial.

HEATHERTON, T. F. et al. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. **Br J Addict.** v. 86, n. 9, p. 1119-27, 1991.

JEKEL, J. F.; ELMORE, J. G.; KATZ, D. L. **Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

KERR-CORRÊA, F. et al. Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da Unesp. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 21, n. 2, p. 95-100, 1999.

KESSLER, R. C. et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. **Psychol. Med.**, v. 32, n. 6, p. 959-76, 2002.

LARANJEIRA, R.. Monitorar o futuro: a próxima geração de estudos populacionais sobre álcool e drogas no Brasil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 85, 1999.

LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

MARI, J. H. et al. Epidemiologia em Saúde Mental: panorama geral e contribuição da epidemiologia psiquiátrica brasileira. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. (Orgs.). **Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos e aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 545-558.

MEDINA, M. G. et al. Epidemiologia do consumo de substâncias psicoativas. In: SEIBEL, S. D. (Org.). **Dependência de drogas**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

MEDINA, M. G. et al. Epidemiologia do uso/uso abusivo de substâncias psicoativas. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. (Orgs.). **Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos e aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 527-544.

MOTA E.; KERR, L. R. F. S. Medidas de ocorrência de doenças, agravos e óbitos. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. (Orgs.). **Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos e aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 95-117.

NATIONAL SURVEY ON DRUG USE AND HEALTH (NSDUH). **National Survey on Drug use and Health**. United States of America. [s.d.]. Disponível em: <<http://nsduhweb.rti.org/>>. Acesso em: 11 jun. 2013.

NOTO, A. R. O uso das drogas psicotrópicas no Brasil: última década e tendências. **Mundo da Saúde**, v. 23, p. 5-9, 1999.

NOTO, A. R. et al. Internações por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas: um estudo epidemiológico nacional do período de 1988 a 1999. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 51, n. 2, p. 113-121, 2002.

OLIVEIRA, M. R. F. Áreas de aplicação da epidemiologia nos serviços de saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 2, jun. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados Primários de Saúde: agora mais que nunca**. Relatório Mundial de Saúde, 2008. Lisboa, 2008a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a Saúde no Mundo**. Relatório Mundial de Saúde, 2002. Lisboa, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Um plano de medidas para reduzir a epidemia de tabagismo**. Suíça, 2008b. PAIM, J. S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 557-567, 2003.

PAIM, J. S.; MOTA, E. Epidemiologia e planejamento de saúde. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. (Orgs.). **Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos e aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 616-621.

PECHANSKY, F. et al. Consumo de álcool e drogas entre motoristas privados e profissionais do Brasil. In: PECHANSKY, F.; DUARTE, P. C. A. V.; DE BONI, R. B. (Orgs.). **Uso de bebidas alcoólicas e outras drogas nas rodovias brasileiras e outros estudos**. Porto Alegre: Senad, 2010. p. 54-63. 121 p.

PERRENOUD, L. O.; RIBEIRO, M. Etiologia dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 43-48.

PEUKER, A. C.; FOGAÇA, J.; BIZARRO, L. Expectativas e beber problemático entre universitários. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 22, n. 2, p. 193-200, 2006.

PILLON, S. C.; O'BRIEN, B.; CHAVEZ, K, A. P. A relação entre o uso de drogas e comportamentos de risco entre universitários brasileiros. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, p. 1169-1176, 2005. Número especial.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. **Rede In-**

teragencial de Informação para a Saúde – Ripsa. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.

RICHTER, P. et al. On the validity of the Beck Depression Inventory. A review. **Psychopathology**, v. 31, n. 3, p. 160-168, 1998.

SAVIETTO, B. B.; CARDOSO, M. R. A drogadicção na adolescência contemporânea. **Psicologia em Estudo**. v. 14, n. 1, p. 11-19, 2009.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 707-717, 2005.

SMART, R. G. et al. **A methodology for students drug-use surveys**. Genebra: World Health Organization, 1980.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (SAMHSA). **About us**. United States of America. [s.d.]. Disponível em: <<http://www.samhsa.gov>>. Acesso em: 11 jun. 2013.

THE NATIONAL HOUSEHOLD SURVEY ON DRUG ABUSE (NHSDA). **National Household Survey On Drug Abuse**. United States of America. [s.d.]. Disponível em: <<http://www.enotes.com/national-household-survey-drug-abuse-nhsda-reference/national-household-survey-drug-abuse-nhsda/>>. Acesso em: 11 jun. 2013.

TIGRE, C. et al. La práctica epidemiológica en los sistemas de servicios de salud. **Educ. Med. Salud**, v. 24, n. 3, p. 306-320, 1990.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World Drug Report 2012**. New York: United Nations, 2012.

WHITE, H. R.; LABOUVIE, E. W. Towards the assessment of adolescent problem drinking. **J. Stud. Alcohol.**, v. 50, n. 1, p. 30-37, 1989.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Report 2002**. Reducing Risks: Promotion Healthy Life. Genebra: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks**. Genebra: WHO, 2009.



Capítulo 4

Políticas Públicas Relacionadas às Substâncias Psicoativas

*Wanderson dos Santos Gonçalves; Bruno Pereira da Silva;
Marcelo Ribeiro de Araújo; Marluce Mechelli de Siqueira*

INTRODUÇÃO

Uma Política Pública é a expressão da postura do poder público diante dos problemas e dos diferentes atores que compõem o cenário e sua intenção de dar respostas afeiçãoadas ao papel do Estado na sua relação com a sociedade (FILHO, 2005; SIQUEIRA; BARBOSA; LARANJEIRA, 2008).

No Brasil, a elaboração da Constituição de 1988 destacou a saúde como uma das condições essenciais a uma vida digna, sendo, portanto, um direito humano fundamental. Com isso, a nossa Política de Saúde foi formulada com a finalidade de viabilizar o direito à saúde. A garantia deste princípio constitucional acontece com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem o seu funcionamento organizado pelas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90. Com o SUS, a saúde passa a ser pensada como uma obrigatoriedade do Estado, por meio da responsabilidade das esferas dos governos federal, estadual e municipal. Essas esferas

participam na gestão do sistema de saúde e também no financiamento e oferta de serviços. Assim, o SUS foi concebido e funciona a partir dos princípios doutrinários, que são a universalidade, a integralidade e a equidade (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; RONZANI; MOTA, 2010).

Durante as décadas de 70 e 80, o Brasil possuía uma política de controle do uso indevido de drogas ainda incipiente, envolvendo vários poderes do Estado. Na década de 80 e até o início dos anos 90, pouco havia sido feito pelos órgãos responsáveis de saúde pública em termos de uma política de atendimento aos usuários de drogas (LUIS et al., 2011).

Para tratar do “Problema Mundial das Drogas”, em junho de 1998, a Presidência da República adere aos “Princípios Diretivos de Redução da Demanda por Drogas”. A partir dessa adesão, foram tomadas as primeiras medidas relacionadas ao problema “drogas”. O Conselho Federal de Entorpecentes (Cofen) foi transformado em Conselho Nacional Antidrogas (Conad) e, assim, foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (Senad), ligada diretamente à, então, Casa Militar da Presidência da República (BRASIL, 2010).

POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS

Em 2002, por meio do Decreto Presidencial nº 4.345 de 26 de agosto de 2002, foi instituída a Política Nacional Antidrogas (Pnad), que tem como metodologia a interação entre governo e sociedade. E coube à Senad mobilizar os diversos atores envolvidos com o tema para a criação da política brasileira, que se orienta pelo princípio da responsabilidade compartilhada, no sentido de ampliar a consciência para a importância da intersectorialidade e descentralização das ações sobre drogas no país, diferenciando o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas (BRASIL, 2001b; BRASIL, 2010).

Ao longo dos primeiros anos de existência da Pnad, o tema drogas manteve-se em pauta e a necessidade de aprofundamen-

to do assunto também. Assim, foi necessário reavaliar e atualizar os fundamentos da Pnad, levando em conta as transformações sociais, políticas e econômicas pelas quais o país e o mundo vinham passando (DUARTE; DALBOSCO, 2010).

A Presidência da República, em 2003, apontou a necessidade de construção de uma nova agenda nacional para a redução da demanda de drogas no país. Essa agenda contemplaria três pontos principais: 1) a integração das políticas públicas setoriais com a Política Nacional Antidrogas, visando ampliar o alcance das ações; 2) a descentralização das ações em nível municipal, permitindo a condução local das atividades de redução da demanda, devidamente adaptadas à realidade de cada município; e 3) o estreitamento das relações com a sociedade e com a comunidade científica (DUARTE; DALBOSCO, 2010).

A Política Nacional Antidrogas foi aprovada em 23 de maio de 2005, entrando em vigor em 27 de outubro do mesmo ano, por meio da Resolução nº 3/GSIPR/CH/CONAD. A política realinhada passa a chamar-se Política Nacional sobre Drogas (Pnad). Isso aconteceu devido à ampla participação popular, embasada em dados epidemiológicos atualizados e cientificamente fundamentados (BRASIL, 2010).

A Pnad está estruturada através da introdução e de pressupostos básicos: sociedade livre do uso de drogas; estabelecer diferenças; conscientizar; direito; prevenção; cooperação internacional; desmantelamento do crime organizado; impedir utilização do território nacional; incentivar ações integradas; reduzir oferta de drogas; e responsabilidade compartilhada. Seus objetivos são: conscientizar; educar, informar, capacitar; sistematizar as iniciativas; implementar a rede de assistência; promover as iniciativas que obtiverem resultados favoráveis; reduzir as consequências sociais e de saúde; coibir crimes; rigor metodológico nas atividades de redução de demanda; garantir a inovação dos métodos e programas de redução de demanda; e instituir sistema de gestão e cinco dimensões de ação: 1) Prevenção; 2) Trata-

mento-recuperação e reinserção social; 3) Redução de danos; 4) Repressão; e 5) Ensino e pesquisa (BRASIL, 2010).

Com a aprovação da Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006, foi instituído o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), bem como sua regulamentação, tendo como princípio básico a responsabilidade compartilhada entre Estado e sociedade (BRASIL, 2006).

O Sisnad está organizado de modo a assegurar a orientação central e a execução descentralizada das atividades realizadas em seu âmbito e tem como objetivos (BRASIL, 2006a):

- Contribuir para a inclusão social do cidadão, tornando-o menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, tráfico e outros comportamentos relacionados;
- Promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país;
- Promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, de atenção e de reinserção social de usuários e dependentes de drogas;
- Reprimir a produção não autorizada e o tráfico ilícito de drogas;
- Promover as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, estados e municípios.

Com o Sisnad, houve a reestruturação do Conselho Nacional Antidrogas, passando a se chamar Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad) em 23 de julho de 2008, pela Lei nº 11.754. Essa lei também alterou o nome da Secretaria Nacional Antidrogas para Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), constituindo-se um marco histórico decorrente da nova Política Nacional sobre Drogas, em vigor a partir de 2005 (BRASIL, 2008a).

A ação do Conad é descentralizada por meio de Conselhos Estaduais e de Conselhos Municipais e tem como atribuições (BRASIL, 2008b):

- Acompanhar e atualizar a Política Nacional sobre Drogas, consolidada pela Senad;
- Exercer orientação normativa sobre ações de redução da demanda e da oferta de drogas;
- Acompanhar e avaliar a gestão dos recursos do Fundo Nacional Antidrogas e o desempenho dos planos e programas da Política Nacional sobre Drogas;
- Promover a integração ao Sisnad dos órgãos e entidades congêneres dos estados, dos municípios e do Distrito Federal.
- Já a Senad tem como atribuições (BRASIL, 2010):
- Articular e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido, de atenção e de reinserção social de usuários e dependentes de drogas;
- Consolidar a proposta de atualização da Política Nacional sobre Drogas (Pnad) na esfera de sua competência;
- Definir estratégias, elaborar planos, programas e procedimentos para alcançar as metas propostas na Pnad e acompanhar sua execução;
- Gerir o Fundo Nacional Antidrogas e o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas;
- Promover o intercâmbio com organismos internacionais na sua área de competência.

A Senad desenvolve seu trabalho em três eixos principais (BRASIL, 2010):

1. Diagnóstico situacional: objetiva a realização de estudos que permitam um diagnóstico sobre a situação do consumo de drogas no Brasil e seu impacto nos diversos domínios da vida da população. Isso vem se consolidando por meio de estudos e pesquisas de abrangência nacional, na população geral e naquelas específicas, que vivem sob maior vulnerabilidade para o consumo e o tráfico de drogas. Como exemplos, temos a realização de levantamentos sobre uso de drogas pela população geral brasileira, por estudan-

tes, povos indígenas, crianças e adolescentes; e o mapeamento das instituições de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

2. Capacitação de Agentes do Sisnad: objetiva a capacitação dos atores sociais que trabalham diretamente com o tema e também dos multiplicadores de informações de prevenção, tratamento e reinserção social. Para exemplificar esta ação, temos os cursos de formação para conselheiros municipais, lideranças religiosas, educadores, profissionais das áreas de saúde, segurança pública, empresas/indústrias, entre outros.

3. Projetos Estratégicos: tem como objetivo projetos de alcance nacional que ampliem o acesso da população às informações, ao conhecimento e aos recursos existentes na comunidade. Como exemplo dessa ação, temos a parceria com estados e municípios para fortalecimento dos Conselhos sobre Drogas; apoio técnico e financiamento a projetos por meio de subvenção social; implantação do Serviço Nacional de Orientações e Informações sobre Drogas (Viva Voz); ampliação e fortalecimento da cooperação internacional; criação da Rede de Pesquisa sobre Drogas; entre outros.

POLÍTICA NACIONAL SOBRE O ÁLCOOL

A Política Nacional sobre o Álcool surgiu após um longo processo de discussão, com participação popular, tendo como base as evidências científico-epidemiológicas e clínicas e os índices de morbimortalidade relacionados ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas na população geral e especiais. Dessa forma, o Conselho Nacional Antidrogas, hoje denominado Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad), atento aos graves problemas inerentes ao consumo prejudicial de álcool e com o objetivo de ampliar o espaço de participação social para a discussão de um tema tão importante, instalou, em julho de 2005, a Câmara Especial de Políticas Públicas sobre o Álcool (Ceppa).

Composta por diferentes órgãos governamentais, especialistas, legisladores e representantes da sociedade civil, a Ceppa iniciou suas atividades a partir dos resultados do Grupo Técnico Interministerial (GTI), criado no Ministério da Saúde, em 2003.

A Política Nacional sobre o Álcool reflete a preocupação da sociedade em relação ao uso cada vez mais precoce dessa substância, assim como o seu impacto negativo na saúde e na segurança, sendo dividida em duas categorias: 1) a alocatória, que promove recursos a um grupo ou a uma organização específica para prevenção e tratamento; e 2) a regulatória, que procura influenciar comportamentos e decisões individuais por meio de ações mais diretas (DUARTE; DALBOSCO, 2010).

Essa política foi apresentada à população brasileira através do Decreto nº 6.117 de 22 de maio de 2007. Tem como objetivo geral: estabelecer princípios que orientem a elaboração de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida, causados pelo consumo desta substância, bem como das situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2007).

Acompanhadas da Política Nacional sobre o Álcool, vieram algumas medidas passíveis de implementação pelos órgãos de governo, no âmbito de suas competências, e outras de articulação com o Poder Legislativo e demais setores da sociedade (DUARTE; DALBOSCO, 2010). Tais medidas podem ser divididas em nove categorias (BRASIL, 2007):

1. Diagnóstico sobre o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil;
2. Tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de álcool;
3. Realização de campanhas de informação, sensibilização e mobilização da opinião pública quanto às consequências do uso indevido e do abuso de bebidas alcoólicas;

4. Redução da demanda de álcool por populações vulneráveis;
5. Segurança pública;
6. Associação entre álcool e trânsito;
7. Capacitação de profissionais e agentes multiplicadores de informações sobre temas relacionados à saúde, educação, trabalho e segurança pública;
8. Estabelecimento de parceria com os municípios para a recomendação de ações municipais;
9. Propaganda de bebidas alcoólicas.

Vale ressaltar que, entre todas essas medidas, aquelas relacionadas à associação entre álcool e trânsito foram imprescindíveis para implementação de medidas específicas contra a conduta de beber e dirigir (DUARTE; DALBOSCO, 2010).

Assim, foi sancionada em 19 de junho de 2008 a Lei nº 11.705, também conhecida como Lei Seca. A Lei Seca alterou alguns dispositivos do Código de Trânsito Brasileiro, impondo penalidades mais severas para o condutor que dirigir sob a influência de álcool. Pela lei, são vedadas, na faixa de domínio de rodovia federal ou em local próximo à faixa de domínio com acesso direto à rodovia, a venda varejista ou a oferta de bebidas alcoólicas para consumo no local. Prevê também que os estabelecimentos comerciais que vendem ou oferecem bebidas alcoólicas sejam obrigados a exibir aviso informativo de que é crime dirigir sob a influência de álcool, punível com detenção (BRASIL, 1997; BRASIL, 2008b).

Atualmente, através da Resolução nº 432 de 23 de janeiro de 2013, o condutor que tiver qualquer concentração de álcool por litro de sangue estará sujeito às penalidades administrativas, previstas no artigo 165, da Lei nº 9503/97: multa, apreensão do veículo, apreensão da carteira e suspensão do direito de dirigir por 12 meses. E o motorista que apresentar concentração de álcool igual ou superior a 0,34 mg/l de sangue sofrerá pena de detenção de seis meses a três anos, além das penalidades administrativas (BRASIL, 2013b).

POLÍTICA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO

A implantação de Programas de Tabagismo nas unidades de saúde em todo o país tem sido uma das principais metas do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). Isso resultou em políticas de restrição ao consumo, através do programa Unidades de Saúde Livres do Tabaco, e, simultaneamente, de apoio à cessação do uso do tabaco, pelo programa Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar (BRASIL, 2001a).

Somado a isso, a Portaria nº 1.035/04, do MS/GM (BRASIL, 2004b), ampliou a abordagem e o tratamento do tabagismo para a atenção básica e de média complexidade e definiu os materiais de apoio e medicamentos para o tratamento; já a Portaria nº 442/04, do MS/SAS (BRASIL, 2004b), aprovou o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas a serem utilizadas na abordagem ao fumante, que têm norteado as ações do programa.

Em 2006, a Política Nacional de Controle do Tabagismo foi promulgada como uma política pública pelo Decreto nº 5.658, em 2 de janeiro de 2006, tendo como principais programas e ações: regulação e fiscalização dos derivados de tabaco; vigilância epidemiológica; Programa Nacional de Diversificação em Áreas Cultivadas com Tabaco; inclusão dos princípios da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) na Política Nacional sobre Drogas; política de preços e impostos para o setor do fumo, por meio de sucessivos ajustes nos impostos sobre cigarros; e combate ao mercado ilegal de produtos de tabaco (BRASIL, 2006a).

A partir de 2006, o PNCT foi vinculado pelo Ministério da Saúde ao Sistema Único de Saúde (SUS), passando a integrar a Política Nacional de Controle do Tabaco. Esse programa, de caráter intersetorial e norteado pelos objetivos, princípios, obrigações e medidas da CQCT (BRASIL, 2006), inclui ainda a promoção de ambientes livres de fumo e a implantação de projetos, na rede do SUS, para a cessação de fumar, buscando também

promover a interação entre as áreas de saúde e educação nos estados, municípios e em nível federal (OBSERVATÓRIO DA POLÍTICA NACIONAL DE CONTROLE DO TABACO, 2011).

O PNCT é desenvolvido em parceria com as secretarias estaduais e municipais de Saúde e com vários setores da sociedade civil organizada, sobretudo das sociedades científicas e de conselhos profissionais da área. De forma geral, objetiva reduzir a prevalência de fumantes e a morbimortalidade consequente ao consumo de derivados do tabaco no país. Suas ações têm diminuído a aceitação social do uso do tabaco, fazendo com que um número cada vez maior de fumantes deseje cessar o tabagismo (BRASIL, 2003a; CAVALCANTE, 2005; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2007).

POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – PAIUAD

O SUS tem a responsabilidade de garantir atenção à saúde aos usuários de substâncias psicoativas, conforme previsto na Constituição Federal. Considerando tal competência, o Governo instaura a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (Paiudad), publicada em 2003. Essa política está articulada à Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde, regulamentada através da Lei nº 10.216/02. A Paiudad se baseia nos princípios de redução de danos, tendo em vista o rompimento com as metas de abstinência como única possibilidade terapêutica, e é convergente com os princípios e orientações do SUS, buscando a universalidade do acesso e do direito à assistência aos usuários (BRASIL, 2003b).

A Paiudad está estruturada através de: introdução, que explora a realidade contemporânea e a necessidade de ação ampliada pelo estabelecimento de diretrizes, ações e metas; marco teórico-político, que explora a lógica do campo da saúde para diagnóstico, tratamento e reabilitação, promoção e prevenção, redução de

danos, além de pressupor a ideia da rede de saúde como local de conexão e de inserção; panorama nacional sobre álcool e outras drogas, decorrente das evidências científicas nacionais; e sua organização em sete diretrizes: 1) Intersetorialidade; 2) Atenção integral; 3) Prevenção; 4) Promoção e proteção à saúde de consumidores de álcool e outras drogas; 5) Modelos de atenção – CAPS e redes assistenciais; 6) Controle de entorpecentes e substâncias que produzem dependência física ou psíquica, e de precursores – padronização de serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas; e 7) Diretrizes para uma Política Nacional, Integral e Intersetorial de Redução de danos à saúde e ao bem-estar causados pelas bebidas alcoólicas (BRASIL, 2003b).

Em consonância com as diretrizes do SUS vigentes em nosso país, é possível verificar também na Paiuad princípios estratégicos e doutrinários (BRASIL, 2003b):

- A integralidade das ações, que vai envolver desde ações de promoção e prevenção destinadas à população geral até ações assistenciais para aqueles usuários que necessitam de tratamento;
- A descentralização e autonomia da gestão pelos níveis estaduais e municipais para o desenvolvimento em ações voltadas para os usuários de álcool e outras drogas e a estruturação dos serviços mais próximos do convívio social;
- A equidade do acesso dos usuários às ações de prevenção, tratamento e redução de danos, de acordo com prioridades locais e grau de vulnerabilidade.

A Paiuad está organizada a partir do estabelecimento de uma rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Para a execução desses princípios, recentemente esta política, através da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, passou a integrar a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de-

correntes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2003b; RONZANI; MOTA, 2010; BRASIL, 2011).

Essa portaria tem como objetivos ampliar o acesso da população em geral à atenção psicossocial, promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção, e também garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

A Rede de Atenção Psicossocial estabelecida é constituída pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde, incluindo o Consultório na Rua; atenção psicossocial especializada, através dos Centros de Assistência Psicossocial (CAPS); atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização; e reabilitação psicossocial. Os componentes suplementares são os Centros de Referência em Assistência Social (Cras), os Centros de Referência Especializada em Assistência Social (Creas) (Serviço do Sistema Suas) e as Comunidades Terapêuticas (BRASIL, 2003b; CARVALHO, 2007).

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) são serviços para atendimento diário a pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Os CAPS ad são espaços capazes de cuidar dos usuários que realizam uso nocivo e abusivo de álcool e outras drogas. Tal cuidado, articulado em rede, deve compreender desde o apoio à Atenção Básica de Saúde, ações realizadas no próprio CAPS, até o acesso a equipamentos e políticas sociais, como assistência social, trabalho e geração de renda, cidadania, cultura e a rede de atenção terciária de saúde. O processo de cuidado deve basear-se na fundamentação da redução de danos e da reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004a).

Em 26 de janeiro de 2012, através da Portaria nº 130, houve uma redefinição do CAPS ad 24 horas (CAPS ad III) e seus respectivos incentivos financeiros. Este deve ser um serviço aberto, de base comunitária, que funcione segundo a lógica do território e que forneça atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, *crack* e outras drogas, durante as 24 horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. Deve ser também um lugar de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações de crise e maior gravidade; ter disponibilidade para acolher casos novos e já vinculados, sem agendamento prévio e sem qualquer outra barreira de acesso; realizar ações de apoio matricial na atenção básica; e funcionar de forma articulada com a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, em especial com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192), participando diretamente do resgate voltado aos usuários com problemas relacionados ao consumo de álcool, *crack* e outras drogas (BRASIL, 2012).

CONCLUSÃO

Cada vez mais é fundamental o conhecimento e a disseminação da política e da legislação brasileira sobre drogas em todos os setores da sociedade, mostrando sua importância como balizadoras das ações de prevenção do uso, de tratamento, de reinserção social, bem como do enfrentamento do tráfico de drogas ilícitas. Portanto, construir uma política pública que dê conta dessa complexidade é desafiador e requer, acima de tudo, uma visão intersetorial, tendo em vista os diversos aspectos envolvidos (biológicos, pessoais, familiares, sociais, entre outros) (BRASIL, 2013a).

A perspectiva é que somente uma organização em rede é capaz de enfrentar a complexidade das demandas sociais e fortalecer a rede comunitária. Nesse contexto, o uso de substâncias psicoativas afeta a todos – familiares, educadores, líderes comu-

nitários, profissionais ou cidadãos. A observância à legislação vigente, aliada às orientações da Política Nacional sobre Drogas, da Política Nacional sobre o Álcool e da Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, contribuiu para o fortalecimento de uma rede de atenção às questões relativas ao uso de substâncias psicoativas numa perspectiva inclusiva, humanista, de respeito às diferenças, de acolhimento e não estigmatizando o usuário e seus familiares (BRASIL, 2013a).

Enfim, assistimos a um equívoco em termos de políticas públicas no Brasil, com o estabelecimento de prioridade para o combate ao *crack*, enquanto se permite a propaganda de outra droga – o álcool. A política pública, especialmente a do “álcool”, deveria seguir o bem-sucedido exemplo do “tabaco”, que teve como efeito a diminuição significativa de fumantes no país, a partir do aumento de preços e da proibição de propaganda, entre outras medidas. Ou seja, as políticas públicas no Brasil são praticamente inexistentes e as poucas leis que existem para regular a indústria não são bem aplicadas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006. Promulga a Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003 e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006a.

BRASIL. Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2007.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da

saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990b.

BRASIL. Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997. Institui o Código de Trânsito Brasileiro. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1997.

BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006b.

BRASIL. Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008. Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que ‘institui o Código de Trânsito Brasileiro’, e a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2008a.

BRASIL. Lei nº 11.754, de 23 de julho de 2008. Acresce, altera e revoga dispositivos da Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, cria a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, cria cargos em comissão; revoga dispositivos das Leis nºs 10.869, de 13 de maio de 2004, e 11.204, de 5 de dezembro de 2005; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2008b.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção do uso de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 5. ed. Brasília: Senad, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Abordagem e tratamento do fumante** – Consenso 2001. Rio de Janeiro: Inca, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa nacional de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer**: modelo lógico e avaliação. 2. ed. Rio de Janeiro, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS/Nº 442, de 13 de agosto de 2004. Aprova o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde**

para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

BRASIL. Presidência da República. Gabinete da Segurança Institucional. **O Sistema Nacional Antidrogas e a redução de demanda.** Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2001b.

BRASIL. Presidência da República. Gabinete da Segurança Institucional. **Política Nacional sobre Drogas.** Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

BRASIL. Resolução nº 432, de 23 de janeiro de 2013. Dispõe sobre os procedimentos a serem adotados pelas autoridades de trânsito e seus agentes na fiscalização do consumo de álcool ou de outra substância psicoativa que determine dependência, para aplicação do disposto nos arts. 165, 276, 277 e 306 da Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 – Código de Trânsito Brasileiro (CTB). **Conselho Nacional de Trânsito.** Brasília, 2013b.

CARVALHO, D. B. B. (Coord.). **Mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil – 2006/2007: Relatório.** Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Rev. Psiq. Clín.,** São Paulo, v. 32, n. 5, p. 283-300, 2005.

DUARTE, P. C. A. V.; DALBOSCO, C. Módulo III. Políticas e Legislação. Unidade 11 – A política e a legislação brasileira sobre drogas. In: BRASIL. **Prevenção ao uso indevido de drogas:** capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 3. ed., Presidência da República. Gabinete da Segurança Institucional. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – Senad, 2010.

FILHO, C. J. M. Concepção de políticas públicas – definição, viabilização e execução. **Curso de capacitação de técnicos mu-**

nicipais para elaboração de Planos Diretores. Santo Ângelo: URI – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus Santo Ângelo, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Inca). **Tabagismo:** um grave problema de saúde pública. 2007. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2012.

LUIS, M. A. V. et al. Módulo I – Substâncias psicoativas nas sociedades contemporâneas. In: **Curso de Formação de Pesquisadores em Álcool e Outras Drogas.** Presidência da República. Gabinete da Segurança Institucional. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – Senad, 2011. Inca

OBSERVATÓRIO DA POLÍTICA NACIONAL DE CONTROLE DO TABACO. **Instituto Nacional de Câncer (Inca).** A política nacional. 2011. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/status_politica/a_politica_nacional>. Acesso em: 28 ago. 2011.

RONZANI, T. M.; MOTA, D. C. B. Módulo III – Políticas e Legislação. Unidade 12 – Políticas de saúde para a atenção integral a usuários de drogas. In: **Prevenção ao uso indevido de drogas:** capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 3. ed. Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas – Senad, 2010.

SIQUEIRA, M. M.; BARBOSA, D. A.; LARANJEIRA, R. As políticas públicas relacionadas às substâncias psicoativas. **Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, v. 45, p. 25-29, 2008.



Capítulo 5

Avaliação, Diagnóstico e Intervenção Breve na Atenção Básica

Tiago Cardoso Gomes; Sibele Faller;

Marluce Mechelli de Siqueira

INTRODUÇÃO

Dados de estudos epidemiológicos, sobretudo relacionados ao álcool, têm mostrado que a maior parcela dos problemas referentes ao consumo de substâncias psicoativas na população não está ligada ao padrão de dependência, mas ao abuso ou ao uso nocivo dessas substâncias.

Os prejuízos causados pelo abuso de drogas abrangem um contingente maior de pessoas, como nos acidentes automobilísticos ligados ao consumo de álcool, diferentemente dos agravos da dependência, que se restringem ao círculo social e familiar do dependente.

Na prática de abordagem às pessoas que fazem uso nocivo de substâncias psicoativas, observa-se a dificuldade delas em associar

seu atual padrão de consumo aos prejuízos nos âmbitos social, psicológico e físico de suas vidas, e, da mesma forma, não percebem também a possível progressão para a dependência de substâncias.

Usuários dependentes de substâncias psicoativas, em geral, acessam os serviços especializados de tratamento somente quando atingem um nível avançado de comprometimento físico, mental e social, e, por vezes, são pressionados por familiares ou pelo contexto de trabalho.

Entretanto, indivíduos que abusam ou fazem uso nocivo dessas substâncias buscam serviços de atenção básica em saúde especificamente para o atendimento de complicações clínicas e não estão conscientes da possível relação desses problemas físicos ao consumo de drogas.

Em paralelo, verifica-se que os usuários de álcool e outras drogas, quando atendidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS), recebem prioritariamente tratamento medicamentoso, e as ações centram-se no indivíduo e na recuperação dos agravos à saúde, em vez de ações e estratégias que visem à promoção da saúde e à prevenção de problemas relacionados ao uso nocivo de drogas, conforme preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS) (SCHNEIDER; LIMA, 2011).

Uma alternativa para evitar os prejuízos sociais e econômicos ocasionados pelo consumo de álcool e outras drogas é a implementação de rotinas de rastreamento do uso nocivo em serviços de atenção básica à saúde, os quais oferecem oportunidade para identificação do padrão de uso e a realização das intervenções adequadas, tendo por base sua inserção próxima aos contextos de vida das pessoas (FRANCO; BALDIN; PAIVA, 2011).

As UBS, principal dispositivo da atenção básica em saúde, são a porta de entrada do SUS, sendo essencial no acolhimento de diversos problemas de saúde, entre eles, aqueles provocados pelo uso nocivo de álcool e outras drogas.

Medidas preventivas, como a detecção precoce dos distúrbios relacionados ao uso nocivo de drogas, têm tido grande

importância no desenvolvimento de abordagens específicas, evitando o agravamento do quadro de saúde física e mental do usuário e o aparecimento da dependência (JEKEL et al., 1996; RUBIN et al., 1996).

Essas medidas se constituem em ações de prevenção secundária, por definição, direcionadas aos indivíduos que já fizeram a experimentação ou fazem o uso moderado, a fim de conter a evolução prejudicial, e frequente, do uso de substâncias (JÚNIOR; GUZZO, 2005).

São necessárias, portanto, ações de prevenção secundária na atenção básica para o uso nocivo de substâncias psicoativas, sendo que os profissionais de saúde ocupam uma posição privilegiada para intervir diante do beber excessivo e do abuso de outras drogas, em razão da grande parcela da população que tem acesso a esses serviços (GERACE; HUGHES; SPUNT, 1995).

As intervenções desse tipo demandam um tempo conciso e por isso podem ser utilizadas para complementar a rotina de atendimentos nos serviços de saúde, promover a motivação para mudança e auxiliar o paciente na tomada de decisões.

A primeira etapa desse processo é a avaliação contextualizada do padrão de consumo de substâncias psicoativas, seguida da elaboração do diagnóstico dos possíveis problemas associados ao uso e, por fim, da abordagem e possibilidades de intervenção na mudança desses padrões. Cada um desses momentos será discutido detalhadamente a seguir, juntamente com as formas de o profissional de saúde implementar essas estratégias em sua rotina de atendimento.

AVALIAÇÃO INICIAL

A *avaliação inicial* tem como objetivo identificar usuários nocivos ou abusadores de álcool, tabaco e outras drogas e deve ser conduzida de maneira clara, simples, breve, flexível, ampla, e somente ao final da entrevista devem ser focados os aspectos

da relação do indivíduo com o uso de uma substância (LARANJEIRA et al., 2003).

A entrevista na avaliação inicial deve ser diretiva, porém sem deixar de ser acolhedora e empática. O foco deve estar centrado na pessoa, não na droga, e faz-se necessário evitar confrontos e somente estimular mudanças compatíveis com o estado motivacional do usuário, além disso, enfatizando-se o bom senso na sua condução. Se realizada dessa forma, pode ser decisiva para o engajamento do usuário e para desencadear o processo de mudança, antes da conclusão do acompanhamento (LARANJEIRA et al., 2003).

Os dados do indivíduo a serem coletados na entrevista inicial se prestam à formulação da hipótese diagnóstica e planejamento do seu cuidado, e partem do conhecimento das queixas ou alterações do estado de saúde e também da sua condição social e econômica.

Processa-se em sequência por uma *anamnese clínica geral* e uma *anamnese específica* para investigar o consumo de álcool e outras drogas, esta última apresentando um conjunto de questões essenciais (Quadro 3).

Quadro 3 - Questões essenciais para a investigação do consumo de álcool e drogas

Questões essenciais para a investigação do consumo de álcool e drogas
O último episódio de consumo (tempo de abstinência)
A quantidade de substância consumida
A via de administração escolhida
O ambiente do consumo (festas, na rua, no trabalho, com amigos, com desconhecidos, sozinho...)
A frequência do consumo nos últimos meses

Fonte: LARANJEIRA et al. (2003)

Em seguida, avaliam-se possíveis complicações associadas ao consumo de álcool e drogas através da presença de sinais e sintomas (Quadro 4), que dessa forma são importantes na determinação da gravidade do consumo.

Quadro 4 - Sinalizadores de problemas decorrentes do uso de álcool e drogas

Sinalizadores de problemas decorrentes do uso de álcool e drogas
Faltas frequentes no trabalho e na escola
Histórias de trauma e acidente frequentes
Depressão
Ansiedade
Hipertensão arterial
Sintomas gastrointestinais
Disfunção sexual
Distúrbio do sono

Fonte: LARANJEIRA et al. (2003)

Complementa-se a anamnese com um exame físico focado na observação dos sinais mais comuns do consumo de álcool e outras drogas (Quadro 5).

Quadro 5 - Sinalizadores de problemas decorrentes do uso de álcool e drogas

Sinalizadores de problemas decorrentes do uso de álcool e drogas
Tremor leve
Odor de álcool
Aumento do fígado
Irritação nasal (sugestivo de inalação de cocaína)
Irritação das conjuntivas (sugestivo de uso de maconha)
Pressão arterial lábil (sugestivo de síndrome de abstinência de álcool)
Taquicardia e/ou arritmia cardíaca
“Síndrome da higiene bucal” (mascarando o odor de álcool)
Odor de maconha nas roupas

Fonte: LARANJEIRA et al. (2003)

Após a avaliação clínica, e antes do planejamento da intervenção, é necessário conhecer a *motivação* do usuário para promover alterações no seu atual padrão de consumo de substâncias psicoativas. Desse modo, faz parte da avaliação inicial determinar as *expectativas* do usuário em relação à proposta de planejamento terapêutico.

Motivação é um estado de prontidão para a mudança, flutuante ao longo do tempo e passível de ser influenciado por outrem. Está sujeita à alteração por vários fatores, entre eles a postura do profissional, que, sendo empático, compreensivo e diretivo, pode promover o aumento da motivação para a mudança do comportamento de uso de substâncias (LARANJEIRA et al., 2003).

O usuário de substâncias psicoativas pode passar por diferentes estágios motivacionais (Quadro 6), de acordo com o modelo proposto por Prochaska e Diclemente (1982), e para cada estágio é necessária uma abordagem diferente.

Quadro 6 - Estágios de Prontidão para Mudança

Estágios de Prontidão para Mudança			
	Estágio do paciente	Postura do profissional	Frequência e seguimento
Pré-contemplação	Sem ideia sobre o problema e sem planos	Ponderar sobre evidências de uso nocivo de substâncias	Visitas periódicas para avaliação
Contemplação	Percebe um problema, mas está ambivalente sobre mudanças	Triagem, avaliação e sensibilização	Agendar visitas frequentes, no máximo a cada três meses, e sugerir uma entrevista familiar
Determinação	Percebe que tem um problema e que precisa promover mudanças	Ofereça soluções e retire barreiras; negocie um plano de abordagem	Consultas a cada duas semanas no máximo e seguimento
Ação	Pronto para começar a mudança	Prover suporte e assistência; convidar a família; considerar a medicação e outros recursos	Semanal por meses
Manutenção	Incorporação da mudança na rotina de vida	Reforçar o sucesso; encaminhar para grupos de autoajuda; reavaliação física, medicação; prevenção de recaída	Inicialmente mensal e antecipar se necessário
Recaída	Volta para a contemplação ou pré-contemplação	Otimismo, reforço para retomar e continuar o tratamento, solicitar a participação da família	Inicialmente mais frequente e voltar para a fase anterior

Fonte: LARANJEIRA et al. (2003)

Uma proposta de formulário para investigação é apresentada (Quadro 7). Abrange de forma ampla e contextualizada o consumo de substâncias psicoativas, conforme os aspectos discutidos anteriormente.

Quadro 7 - Avaliação do risco para uso de álcool e drogas

Formulário de avaliação do risco para uso de álcool e drogas		
Data:	Tabaco Você fuma? (Sim, Não) Quantos cigarros por dia? ____	
Nome:		
Idade:		
Por que você está aqui hoje? O que está errado com você?		
Outros problemas: Desde seus 18 anos (Sim, Não) Teve fratura? Teve um acidente no trânsito? Teve traumatismo na cabeça? Teve problemas decorrentes de brigas? Teve problemas após beber álcool?		
Exercícios físicos Você se exercita regularmente? (Sim, Não)	Uso de Álcool Você tem observado algum problema com seu consumo de bebida alcoólica? Alguém de sua família tem problemas com a bebida ? Você já sentiu que deveria diminuir a bebida? As pessoas que convivem com você se incomodam com sua bebida? Você já se sentiu mal por ter bebido? Você tem bebido logo pela manhã para poder iniciar seu dia ou para melhorar da ressaca?	(Sim, Não)
Estresse Você se sente estressado? (Constantemente, frequentemente, eventualmente ou infrequentemente)		

Com quem vive?	Quantas doses você consome em um dia típico de beber?
(Só, com o cônjuge, outros parentes, amigos)	(1 dose = 1 lata de cerveja = 1 copo de vinho = 1 medidor de destilado)
	Quantos dias por semana você bebe?

Fonte: LARANJEIRA et al. (2003)

Com o objetivo de auxiliar na determinação do uso nocivo de álcool e outras drogas, propõe-se a utilização complementar de instrumentos de rastreamento ou triagem, que podem ser usados com o mínimo de treinamento, contribuem na realização de uma avaliação breve e são úteis na rotina profissional, por serem de fácil e rápida aplicação (CORRADI-WEBSTER; LAPREGA; FURTADO, 2005).

Esses instrumentos oferecem pontuação clara que indica a probabilidade de problemas relacionados ao álcool e outras drogas, apesar de não serem instrumentos de diagnóstico (CORRADI-WEBSTER; LAPREGA; FURTADO, 2005). Recomenda-se sua aplicação na atenção básica em saúde porque os serviços muitas vezes estão sobrecarregados, diante de diferentes tipos de problemas que devem ser abordados, e, por essa razão, determinados procedimentos precisam ser realizados de forma rápida e confiável (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

O questionário Cage (*Cut down, Annoyed by criticism, Guilty and Eye-opener*), apresentado no quadro 8, é um dos mais utilizados para detectar o uso nocivo de álcool. Também indica prováveis casos de dependência, apresentando boa sensibilidade e especificidade a partir de duas respostas positivas entre as quatro apresentadas, podendo ser acrescentadas ainda as duas questões seguintes:

- Você já teve problemas relacionados ao uso de álcool?
- Você bebeu nas últimas 24 horas?

Quadro 8 - Cage

<i>Cut down, Annoyed by criticism, Guilty and Eye-opener - Cage</i>		
O consumo de álcool é considerado de risco a partir de duas respostas afirmativas:	0 - NÃO	1 - SIM
1. Alguma vez o(a) Sr(a). sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?	0	1
2. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	0	1
3. O(A) Sr(a). se sente culpado(a) (chateado consigo mesmo) pela maneira como costuma beber?	0	1
4. O(A) Sr(a). costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?	0	1

Fonte: MAYFIELD; MCLEOD; HALL (1974)

O primeiro questionário de avaliação dos riscos e problemas associados ao consumo de álcool utilizado na atenção básica em saúde foi o *Alcohol Use Disorders Identification Test (Audit)* (Quadro 9). Esse teste foi elaborado pela Organização Mundial da Saúde (BABOR et al., 1992), traduzido (FIGLIE et al., 1997) e validado no Brasil (MÉNDEZ, 1999).

Consiste de 10 perguntas, com 5 opções de resposta, analisando *quantidade e frequência*, sintomas de *abstinência* e *problemas associados*; e nos casos com pontuação superior a 8 existe o risco da presença de problemas do beber excessivo, recomendando-se avaliação mais detalhada.

Quadro 9 - Audit

<i>Alcohol Use Disorders Identification Test – Audit</i>
Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?
0 = nunca 1 = uma vez por mês ou menos 2 = duas a quatro vezes por mês 3 = duas a três vezes por semana 4 = quatro ou mais vezes por semana
Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?
0 = uma ou duas 1 = três ou quatro 2 = cinco ou seis 3 = de sete a nove 4 = dez ou mais
Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?
0 = nunca 1 = menos de uma vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente
Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?
0 = nunca 1 = menos de uma vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente
Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?
0 = nunca 1 = menos de uma vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente

Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?
0 = nunca 1 = menos de uma vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente
Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?
0 = nunca 1 = menos de uma vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente
Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?
0 = nunca 1 = menos de uma vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente
Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?
0 = não 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses
Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?
0 = não 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

Fonte: FIGLIE et al. (1997)

A partir das informações coletadas na avaliação inicial, critérios de diagnóstico para uso nocivo ou dependência de substâncias psicoativas podem ser utilizados para classificar diferencialmente o paciente em usuário nocivo ou dependente. Esses critérios serão vistos em detalhes na próxima sessão sobre a realização do diagnóstico.

DIAGNÓSTICO

Após a avaliação do padrão de consumo de substâncias psicoativas e dos possíveis problemas associados, o paciente pode estar fazendo o uso:

- Sem apresentar problemas, porém deve saber que não existe uso seguro de SPAs;
- Apresentando problemas, mas não é dependente, sendo necessário, porém, reduzir o consumo e tornar-se responsável pela mudança;
- Apresentando dependência, e, nesse caso, uma investigação mais aprofundada deve ser feita focando a presença de tolerância e síndrome de abstinência.

Para a formulação do diagnóstico empregam-se os critérios de classificação para *uso nocivo* ou *dependência* de substâncias psicoativas da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), da Organização Mundial da Saúde (OMS), apresentados nos quadros 10 e 11.

Quadro 10 - Critérios do CID-10 para uso nocivo (abuso) de substância

Critérios do CID-10 para uso nocivo (abuso) de substância
O diagnóstico requer que um dano real deva ter sido causado à saúde física e mental do usuário.
Padrões nocivos de uso são frequentemente criticados por outras pessoas e estão associados a consequências sociais diversas. O fato de um padrão de uso ou uma substância em particular não serem aprovados por outra pessoa, pela cultura ou por ter levado a consequências socialmente negativas, tais como prisão ou brigas conjugais, não é por si mesmo evidência de uso nocivo.
O uso nocivo não deve ser diagnosticado se a síndrome de dependência, um transtorno psicótico ou outra forma específica de transtorno relacionado ao uso de drogas ou álcool estiverem presentes.

Fonte: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (1993)

Uso nocivo é o termo empregado na CID-10, sendo equivalente a abuso ou uso problemático, utilizados em outros textos. Em outro sistema classificatório, o Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais (DSM-IV), da Associação Psiquiátrica Americana (APA), menos usado na atenção básica, o termo abuso é adotado integralmente.

Quadro 11 - Critérios do CID-10 para dependência de substâncias

Critérios do CID-10 para dependência de substâncias
Um diagnóstico definitivo de dependência deve usualmente ser feito somente se <u>três</u> ou <u>mais</u> dos seguintes requisitos tenham sido experienciados ou exibidos em algum momento do <u>ano anterior</u> :
(a) um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
(b) dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término e níveis de consumo;

(c) um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
(d) evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
(e) abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessário para se recuperar de seus efeitos;
(f) persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas. Deve-se fazer esforços claros para determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão do dano.

Fonte: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (1993)

Tendo estabelecido o diagnóstico do paciente, é necessário informar-lhe do seu resultado, a fim de envolvê-lo no planejamento do seu cuidado. Nesse sentido, alguns princípios gerais de *devolutiva* devem ser levados em consideração e devidamente esclarecidos ao usuário (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011):

- Ter em mente os critérios de uso nocivo e dependência;
- Explicar o método de avaliação utilizado;
- Afirmar que o usuário não é culpado do problema;
- Afirmar que o usuário será responsável pela mudança seguinte;
- Explicar o plano de tratamento mínimo ou encaminhamento;
- Sugerir participação de familiar ou amigo (no caso de adolescente, um responsável);
- Planejar o retorno.

Essas diretrizes encontram-se presentes independentemente do formato da intervenção adotada na abordagem inicial ao usuário. Na atenção básica em saúde, têm-se destacado *intervenções breves* para o uso de substâncias psicoativas, e seus princípios gerais e aplicação nesse contexto serão discutidos na próxima sessão.

INTERVENÇÃO BREVE (IB)

A Intervenção Breve (IB) é uma abordagem relacionada à prevenção primária ou secundária para usuários de álcool e outras drogas que tem como foco a mudança de comportamento do paciente, através de um atendimento com tempo limitado e que pode ser realizado por profissionais de diferentes formações (SOUZA; RONZANI, 2012).

Fundamentada nos princípios da entrevista motivacional, a IB tem como objetivo principal motivar usuários em risco a mudar seus comportamentos relacionados ao uso. Ela é aplicada imediatamente após a identificação dos problemas atuais ou potenciais decorrentes desse uso, sendo que a identificação desses problemas pode ser feita pela utilização complementar dos instrumentos de triagem na avaliação (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2003).

Em meados da década de 1970, um grupo de pesquisadores canadenses propôs uma reformulação no modelo tradicional de intervenção psicossocial nos problemas relacionados ao uso de álcool, diminuindo o tempo de intervenção e definindo etapas específicas na abordagem direcionada para dependentes. Surgiu assim a *intervenção breve* para problemas relacionados ao consumo de álcool, posteriormente estendida a outros tipos de substâncias psicoativas (MARQUES, 2010).

Estudos epidemiológicos mostraram que a maioria dos distúrbios (crônicos e agudos) relacionados ao consumo de álcool não são causados pelos indivíduos dependentes (por serem uma parcela menor, causam maior dano pessoal, porém menor dano

global), e sim por um grupo maior que faz uso nocivo, colocando a si e aos outros em risco.

Dessa forma, a IB foi desenvolvida para diminuir o consumo de álcool em pessoas com alterações comportamentais e/ou risco de desenvolvê-las decorrentes do álcool, mas que não satisfazem o diagnóstico de dependência. O quadro 12 resume as características dessa forma de abordagem.

Quadro 12 - Características da Intervenção Breve

Características da Intervenção Breve
Intervenção estruturada, focal e objetiva;
Desenvolvida em curto espaço de tempo (sessões variam de 5 a 45 minutos);
Raras vezes ultrapassam 5 encontros;
Pode ser realizada por profissionais com diferentes tipos de formação (médicos, psicólogos, auxiliares de enfermagem, nutricionistas, assistentes sociais, agentes comunitários e outros profissionais da saúde), bastando que recebam um rápido treinamento para isto;
Centrada no cliente, com objetivo de ajudar no desenvolvimento da autonomia das pessoas, atribuindo-lhes a capacidade de assumir a iniciativa e a responsabilidade por suas escolhas;
É eficaz em reduzir o consumo e os problemas ligados ao consumo de álcool (sem critérios de dependência), e já há algumas evidências de eficácia em tratamento do tabagismo;
Tem se mostrado tão eficaz quanto tratamentos mais intensivos (por exemplo: longas internações), principalmente nos casos menos graves.

Fonte: BRASIL (2012)

Os procedimentos para realização da intervenção breve dividem-se nas etapas de *triagem* e *intervenção*. Os mecanismos envolvidos na *triagem*, visando o rastreamento dos padrões de consumo de substâncias psicoativas e os possíveis riscos e distúrbios associados ao consumo, já foram descritos anteriormen-

te com relação à avaliação inicial.

A etapa de *intervenção* envolve as técnicas empregadas em cada sessão ou encontro com o usuário, dispostas numa estrutura de elementos norteadores. Analisando as pesquisas de resultado sobre efetividade de intervenções breves em problemas relacionados ao abuso de substâncias psicoativas, Miller e Sanches (1993) identificaram seis componentes comuns às intervenções eficazes, apresentados a seguir, juntamente com seus objetivos e procedimentos na intervenção (Quadro 13).

Quadro 13 - Elementos da Intervenção Breve

Elementos da Intervenção Breve			
FRAMES	Objetivo	Procedimento	Exemplo
Devolutiva ou retorno (<i>Fee-back</i>)	Retorno (<i>fee-back</i>) sobre os riscos presentes em seu padrão de consumo.	a) Fazer conexões entre o resultado de exames e o consumo de substâncias do paciente; b) Utilizar informações fornecidas pelo paciente sobre problemas na vida e sugerir associação com o seu uso de substâncias.	“Pelo que conversamos, parece que você identifica alguns problemas associados com o seu consumo (de álcool ou outras drogas). Vamos conversar um pouco mais sobre isso?”

Responsabilidade (<i>Responsibility</i>)	Consumo <u>mo-</u> <u>derado</u>, para usuários de drogas lícitas sem diagnóstico de dependência; ou <u>abstinência</u>, para usuários de drogas ilícitas com dependência.	“Negociação” entre o pro- fissional e o paciente sobre metas a serem atingidas no tratamento.	“O seu uso da substância é uma escolha sua e ninguém pode fazer você mudar seu comporta- mento ou decidir por você. Se você percebe que isto está prejudican- do sua vida e sua saúde, e se quiser mudar, podemos ajudá-lo, mas a decisão, a escolha é sua”.
Aconselha- mento (<i>Advice</i>)	Reduzir o risco de problemas futuros; aumen- tar a percepção do risco pesso- al; e fornecer um motivo para a mudança do comportamen- to.	Oferecer mate- rial informativo sobre o uso de substâncias. Relacionar os problemas atu- ais do paciente com seu uso (por exemplo: úlceras gástri- cas e uso de álcool, enfisema e uso de taba- co, maconha e problemas de memória, de emprego, etc.).	“As informações que estou apresentando ao senhor ajudam a entender como o seu uso (de álcool) está causando esses problemas (úlceras gástricas)”.

Menu de opções (Menu)	Identificar, junto com o paciente, uma série de estratégias para a modificação do comportamento-problema.	Explorar as informações sobre o consumo de substâncias do paciente para que as estratégias de enfrentamento possam ser discutidas e adequadamente escolhidas.	“Sugiro que faça um diário sobre o seu uso de substância, registrando, por exemplo: <u>onde</u> costuma usar, em que <u>quantidade</u>, em <u>companhia</u> de quem, <u>motivo</u>, etc. Isso o ajudará a identificar as possíveis situações de risco e o que pode ser feito em cada uma delas”.
Empatia (Empathy)	O paciente se sentir compreendido pelo profissional.	Evitar ter um comportamento <u>confrontador</u> ou <u>agressivo</u>. Demonstrar que você está disposto a <u>ouvir-lo</u>, que <u>entende</u> seus problemas e a dificuldade de mudar.	“Gostaria que soubesse que estou aqui para tentar ajudá-lo”. “Com certeza essa situação (problemas) é muito difícil para você, e entendo, por isso, que mudá-la não é tarefa fácil”.

Autoeficácia (<i>Self-efficacy</i>)	Aumentar a motivação para o processo de mudança, auxiliando-o a ponderar os “prós” e “contras” do uso de substâncias.	Reforçar os aspectos positivos para encorajar o paciente a confiar em seus próprios recursos e a ser otimista em relação à sua habilidade para mudar o comportamento.	“Pelo que pude ver você tem uma habilidade importante de se relacionar bem com as pessoas, e isso pode te ajudar a ter outras companhias, diferentes das que tem agora (outros usuários)”.
---	---	---	--

Fonte: BRASIL (2012)

Esses seis elementos reunidos formam o acróstico “FRAMES”, que em inglês significa “moldura”, enquadramento, ou seja, propõe-se “enquadrar” os seus procedimentos neste esquema, de modo que a sigla favoreça lembrar as etapas descritas anteriormente.

F	<i>Feedback</i>	Devolutiva ou retorno
R	<i>Responsibility</i>	Responsabilidade
A	<i>Advice</i>	Aconselhamento
M	<i>Menu</i>	Menu de opções
E	<i>Empathy</i>	Empatia
S	<i>Self-efficacy</i>	Autoeficácia

A utilização da IB no uso de substâncias psicoativas é indicada, de modo geral, para os indivíduos que fazem uso nocivo. Os casos de dependência devem ser encaminhados para serviços especializados, porque, em geral, esses indivíduos apresentam uma gama enorme de alterações relacionadas ao uso de drogas, e uma intervenção breve não seria capaz de contemplar muitos aspectos que poderiam ser importantes (BRASIL, 2012).

Por fim, torna-se evidente, em função da relevância, em termos da magnitude do consumo e das possibilidades de identificação dos casos pelas equipes de saúde locais, que o uso nocivo de substâncias psicoativas necessita ser abordado no contexto da atenção básica em saúde (LIMA, 2009). Essa instância permite responder de forma mais oportuna às necessidades de saúde da população, pois é onde os profissionais têm contato com grande número de pessoas que deveriam ser abordadas quanto à forma que consomem álcool e outras drogas, sobretudo quando já apresentarem algum tipo de distúrbio relacionado a esse consumo (SOUZA; RONZANI, 2012).

Entretanto, observa-se um despreparo dos profissionais para atuarem preventivamente com esses casos, pois durante muito tempo a formação se mostrou centrada na dependência e pouca atenção foi dada à prevenção, promoção de saúde ou a intervenções comportamentais que considerassem os aspectos socioculturais do consumo de substâncias psicoativas (RONZANI, 2005).

CONCLUSÃO

Os profissionais atuantes na atenção básica são os mais indicados para implementação deste tipo de intervenção, pois são aqueles que estão “na linha de frente”, portanto, com maior potencial para obter um impacto positivo com relação às mudanças de práticas de saúde de seus pacientes e familiares.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV**. Tradução de Dayse Batista. Porto Alegre: Artmed; 1994.

BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C. **Intervenções breves para uso de risco e nocivo de álcool: manual para uso em atenção primária**. Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2003.

BABOR, T. F. et al. **The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care**. Genebra: World Health Organization, 1992.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social**. Brasília: Senad, 2012.

CORRADI-WEBSTER, C. M.; LAPREGA, M. R.; FURTADO, E. F. Avaliação do desempenho do CAGE com pacientes psiquiátricos ambulatoriais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, n. 13, p. 1213-8, 2005. Número especial.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FIGLIE, N. B. et al. AUDIT identifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes de álcool no hospital geral? **J Bras. Psiquiatr.**, v. 46, n. 11, p. 589-93, 1997.

FRANCO, S. C.; BALDIN, N.; PAIVA, M. Fatores associados ao consumo de risco de álcool entre homens adultos na atenção primária à saúde. **Saúde em Debate**, v. 35, n. 89, p. 217-227, 2011.

GERACE, L. M.; HUGHES, T. L.; SPUNT, J. Improving nurses' responses toward substance-misusing patients: a clinical evaluation project. **Arch. Psychiatry. Nurs.**, v. 9, n. 5, p. 286-94, 1995.

JEKEL, J. F. et al. **Epidemiology, biostatistics and preventive medicine**. Philadelphia: Saunders, 1996.

JÚNIOR, F. L.; GUZZO, R. S. L. Prevenção primária: análise de um movimento e possibilidades para o Brasil. **Interação em Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 239-249, 2005.

LARANJEIRA, R. et al. **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo / Associação Médica Brasileira, 2003.

LIMA, D. S. **As ações dos profissionais de saúde da atenção básica junto a usuários com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas**. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

MARQUES, A. C. P. R. Introdução à abordagem psicossocial da dependência química. In: GIGLIOTTI, A.; GUIMARÃES, A. (Eds.) **Diretrizes gerais para tratamento da dependência química**. Rio de Janeiro: Rubio, 2010. p. 117-128.

MAYFIELD, D.; MCLEOD, G.; HALL, P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. **Am J. Psychiatry**, v. 131, n. 10, p. 1121-3, 1974.

MÉNDEZ, E. B. **Uma versão brasileira do AUDIT** (Alcohol Use Disorders Identification Test). Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1999.

MILLER, W. R.; SANCHES, V. C. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: HOWARD G. S. (Ed.). **Issues in alcohol use and misuse in young adults**. Notre Dame: University of Notre Dame Press, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artmed, 1993.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. **Psychotherapy: theory, research and practice**, v. 19, n. 3, p. 276-288, 1982.

RONZANI, T. M. et al. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 852-61, 2005.

RUBIN, R. H. et al. **Medicine: a primary care approach**. Philadelphia: Saunders, 1996.

SCHNEIDER, D. R.; LIMA, D. S. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 42, n. 2, p. 168-178, 2011.

SEIBEL, S. D. (Org.). **Dependência de drogas**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

SOUZA, I. C. W.; RONZANI, T. M. Álcool e drogas na atenção primária: avaliando estratégias de capacitação. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 2, p. 237-246, 2012.



Capítulo 6

Abordagens Clínica e Psicossocial no Tratamento da Dependência Química

*Tiago Cardoso Gomes; Phablo Wendell Costalonga
Oliveira; Vitor Buaiz; Daniel Cruz Cordeiro*

INTRODUÇÃO

Conforme abordado no capítulo anterior, todo usuário que acessa os dispositivos da atenção básica em saúde deve ser abordado sobre o seu consumo atual de substâncias psicoativas, permitindo, através de uma avaliação ampla e contextualizada, o diagnóstico de problemas associados ao padrão de consumo de drogas ou a detecção do risco em potencial para o surgimento desses problemas.

Entretanto, antes de começar a avaliação devemos considerar a forma como o usuário tem acesso aos serviços e, sobretudo, como é recepcionado. A construção da relação entre a equipe de saúde e o usuário dos serviços tem repercussões na qualidade e eficiência do atendimento e será objeto de reflexão durante este

capítulo. Além disso, discutiremos as possibilidades de abordagem dos casos diagnosticados como mais graves, para os quais é indicado o encaminhamento para serviços especializados no tratamento da dependência de álcool e outras drogas.

Dessa forma, conhecer as opções terapêuticas, nas modalidades individual ou grupal, farmacológica e psicossocial, bem como os contextos em que podem ser realizadas, é importante para a interlocução das equipes da atenção básica com os demais recursos existentes, permitindo uma atenção integrada e integral ao paciente.

ACOLHIMENTO E AVALIAÇÃO DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Apesar de as evidências científicas apontarem para uma elevada prevalência do uso nocivo e da dependência de substâncias psicoativas na população em geral, estes comportamentos ainda não são adequadamente identificados e abordados na atenção básica, resultando numa assistência dirigida apenas às complicações físicas decorrentes do uso nocivo ou da dependência.

Diante disso, oferecer atenção e cuidados de forma integral, contemplando os aspectos físicos e psicossociais, é um dos grandes desafios para atender adequadamente os usuários e seus familiares. Dessa forma, vários aspectos são relevantes, entre eles, a abordagem realizada pelos profissionais de saúde, sendo capazes de interferir positivamente nas condições de saúde individuais e coletivas. Somado a isso, a equipe de saúde não deveria concentrar suas atividades somente em procedimentos técnicos, mas buscar refletir e atuar considerando a importância do envolvimento com o usuário, numa relação mais próxima com as pessoas que buscam e/ou precisam de ajuda.

Nesse sentido, o *acolhimento* é um dos dispositivos disparadores de reflexões e mudanças a respeito da forma como se organizam os serviços de saúde, de como os saberes vêm sendo

ou deixando de ser utilizados para a melhoria da qualidade das ações de saúde (CAMARGO JR. et al., 2005).

Para Ferreira (1988), acolhimento é compreendido como: ato ou efeito de *acolher, recepção; atenção, consideração; refúgio, abrigo e agasalho*. Entralgo (1983), por sua vez, refere-se a acolhimento como “relação de ajuda”, através da qual as pessoas que procuram ajuda são ao mesmo tempo objetos e agentes da ação: objetos porque procuram ajuda, necessitam dela; e agentes porque participam dessa ajuda através de opiniões e decisões.

Miranda e Miranda (1990), citando o “modelo de ajuda”, desenvolvido por Robert R. Carchuff e Bernard G. Berenson, destacam as principais habilidades interpessoais do indivíduo que presta atendimento:

- Atender: comunicar, de maneiras não verbais, disponibilidade e interesse pelo ajudado;
- Responder: expressar compreensão pelo ajudado;
- Personalizar: mostrar ao ajudado sua parcela de responsabilidade no próprio problema;
- Orientar: avaliar, com o ajudado, as alternativas de ação possíveis e facilitar a escolha de uma delas.

Ainda de acordo com o modelo de ajuda, as fases pelas quais o usuário passa ao longo do processo de ajuda são:

- Envolver-se: capacidade de se entregar ao processo de ajuda;
- Explorar: capacidade de avaliar a situação real em que se encontra no momento do processo de ajuda;
- Compreender: estabelecer ligações de causa e efeito entre os elementos presentes em sua vida;
- Agir: movimentar-se do ponto onde está para onde quer chegar, escolhendo o melhor caminho.

Dentro dos dispositivos da atenção básica em saúde, observa-se o acolhimento enquanto princípio organizador do atendimento (CAMARGO JR. et al., 2005). De acordo com os protocolos clínicos para unidades básicas de saúde (CASTRO; SHIMAZAKI, 2006), entre os princípios e funções do acolhimento nesses serviços destacam-se:

- Identificar a população residente e o território de abrangência da unidade básica de saúde;
- Reconhecer os problemas de saúde, organizar a porta de entrada e viabilizar o primeiro contato através da equipe de saúde, humanizando o atendimento e alcançando a satisfação do usuário;
- Estar fundamentado na prática de trabalho integrado, no comprometimento de toda a equipe de saúde e não apenas de um grupo de profissionais, numa parte do processo de trabalho;
- Modificar a lógica do atendimento, por ordem de chegada (fila de espera), por um processo de identificação da clientela em situação de emergência ou de maior risco, priorizando-a para atendimento imediato, procurando, assim, diminuir a possibilidade de agravamento;
- Viabilizar o atendimento das demais pessoas de forma organizada e racional, através da atenção agendada e programada.

O acolhimento inicia-se com o reconhecimento das pessoas/famílias adscritas à Unidade Básica de Saúde (UBS), num processo de territorialização, identificando os problemas. Valendo-se das diretrizes estabelecidas nas Linhas-Guias das UBS, propõe-se o dimensionamento dos serviços e a organização dos processos de trabalho na unidade (CASTRO; SHIMAZAKI, 2006).

A identificação da demanda segue o processo básico de avaliação a partir da *anamnese clínica* somada a *exames complemen-*

tares. A anamnese, junto com o exame físico, representa a base para o diagnóstico clínico e, além de elucidar o motivo que levou o paciente à consulta, deve servir também para levantar os fatores de risco a que o indivíduo está exposto (SILVA et al., 2012).

Abaixo seguem os principais pontos a serem explorados nesse processo:

- Identificação: idade, sexo, procedência, atividade laboral e local de moradia;
- História fisiológica (pesquisa de hábitos e comportamentos): alimentação, atividade física, uso de álcool, de drogas e de medicamentos, tabagismo, atividade sexual de risco (incluir parceiro, práticas sexuais), risco de acidentes (de trânsito, ocupacional e doméstico), violência e higiene bucal;
- História patológica atual e pregressa: condições crônicas em acompanhamento, cirurgias, transfusões, alergias ou intolerância a medicamentos, exames laboratoriais anteriores alterados, doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), transtornos mentais e risco de suicídio;
- História familiar: condições crônicas na família (transtornos mentais, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, doença coronariana precoce, dislipidemia), neoplasias (colo de útero, mama, colorretal), osteoporose, outras doenças familiares (por exemplo, polipose intestinal);

Por sua vez, o rastreamento (*screening*) na atenção básica significa a aplicação de um teste (um questionário, uma manobra do exame físico ou um exame laboratorial) em uma população, a fim de classificar os indivíduos em doentes ou não doentes, ou, ainda, portadores ou não portadores de certo fator de risco.

Testes utilizados para esse fim não pretendem, pois, ser diagnósticos (neste caso, importa mais a sua sensibilidade/capacidade de detectar algo que existe), cabendo ao médico proceder a

investigações posteriores, com testes mais específicos, capazes de confirmar ou não o diagnóstico (SILVA et al., 2012). Conforme abordado anteriormente, o processo de avaliação existe para a identificação do padrão de uso de álcool e outras drogas e representa uma das formas de rastreamento nesses serviços.

MODALIDADES DE TRATAMENTO NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Abordagem Clínica

Álcool: é a droga mais utilizada no Brasil, merecendo atenção especial pela abrangência de disseminação do seu uso, não havendo acepção de pessoas por classe social ou nível de escolaridade, trazendo uma grande demanda para os serviços de saúde.

A *Intoxicação Aguda* pelo álcool é um quadro comum na demanda de um serviço de pronto atendimento, relacionada ao beber em “binge”, ingerir grandes quantidades de forma aguda, manifestando um quadro conhecido popularmente como “porre”, muitas vezes sendo ingerido até mesmo álcool em formas inapropriadas para a ingestão, como álcool combustível, perfumes e álcool em gel. Nessa situação, o paciente deve ser examinado e monitorado, a fim de controlar as complicações associadas, como a desidratação e possíveis manifestações cardiovasculares. Condutas simples, como a hidratação do paciente, podem ser positivas, devendo ser avaliada a necessidade de infusão intravenosa de soro fisiológico; e a posição de decúbito lateral ajuda a prevenir a broncoaspiração de vômito (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2010). Contudo, quanto ao estado de consciência do indivíduo, além dos efeitos psicoativos do álcool, também podemos ter o surgimento de um quadro de hipoglicemia, principalmente naqueles que estão mal alimentados ou desnutridos, assim como os que estiverem com as reservas energéticas depletadas por um desgaste físico demasiado. Dessa forma, algumas

vezes torna-se uma prática comum a utilização de soro glicosado para hidratar e, ao mesmo tempo, reverter uma possível hipoglicemia. Porém, deve ser avaliada a situação do paciente e seu histórico de uso, assim como proceder aos exames necessários, uma vez que a glicose deve ser utilizada nos indivíduos que realmente estejam apresentando hipoglicemia.

Além disso, o consumo contínuo do álcool pode levar o indivíduo a uma carência de Tiamina (vitamina B1), podendo propiciar o surgimento de um quadro chamado síndrome de Wernicke-Korsakoff, piorando ainda mais a situação do paciente. A entrada de maiores quantidades de glicose na corrente sanguínea pode desencadear ou exacerbar esse quadro, sendo recomendada a administração parenteral de Tiamina, 300mg via intramuscular (IM), em torno de 30 minutos antes da infusão de soro glicosado; e, em caso de excessiva agressividade ou agitação psicomotora, não é recomendada a utilização de medicações que possam deprimir ainda mais o SNC, como os benzodiazepínicos e histamínicos, sendo recomendados antipsicóticos de alta potência, como Haloperidol em baixa dosagem, 5mg IM (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2010).

A *Síndrome de Abstinência Alcoólica* (SAA) é uma resposta à suspensão abrupta do consumo de uma droga que tenha gerado dependência física e/ou psíquica, podendo causar desde agitação e nervosismo a alucinações e crises convulsivas. No caso do álcool, essa situação geralmente começa a se manifestar nas primeiras 24 horas após a última dose, comumente tendo seu pico de transtornos após 48-72 horas e podendo perdurar por dias ou até mesmo por semanas. Nesse contexto, a terapêutica farmacológica visa amenizar os sinais e sintomas dessa fase, tentando prevenir o aparecimento de quadros mais graves. Como já foi dito, o consumo contínuo de álcool etílico pode levar o indivíduo a uma carência de Tiamina (vitamina B1), o que pode gerar ou propiciar o surgimento da síndrome de Wernicke-Korsakoff, com sintomas que incluem confusão mental, distúrbios

oculomotores e ataxia cerebelar, e também uma doença chamada beribéri, que pode gerar fraqueza muscular e dificuldade respiratória. Portanto, nessa fase, a prevenção e o tratamento da deficiência dessa vitamina, e dos transtornos associados, devem ser feitos pela administração da Tiamina 300mg, de forma IM na primeira semana e, daí em diante, via oral (VO), em comprimidos, na mesma dose, por mais duas semanas (MARQUES; RIBEIRO, 2002).

No controle dos sinais e sintomas da SAA, os medicamentos benzodiazepínicos (BZD) são em geral uma boa opção, atenuando a ansiedade, a agressividade, e ajudando a controlar o surgimento de convulsões e outras complicações. Ademais, esses medicamentos têm mecanismos semelhantes aos despertados pelo álcool, o que poderia ajudar a minimizar as desordens e sensações desagradáveis durante essa fase de transição, enquanto perduram os sintomas da SAA. Contudo, deve-se ter muito cuidado com a possibilidade de esse paciente conseguir fazer ingestão alcoólica concomitantemente ao uso desse tipo de medicação, pelos graves riscos decorrentes de uma excessiva depressão do sistema nervoso, podendo levar à parada respiratória, ao coma e à morte; assim como também se deve ter disponível todo o suporte respiratório necessário caso deseje-se fazer administração endovenosa de benzodiazepínicos, pelo mesmo risco de parada respiratória. Dessa forma, de acordo com a sintomatologia, a prescrição de Diazepam 20mg/dia via oral, ou Clordiazepóxido 100mg/dia via oral, em geral se mostra adequada para quadros leves a moderados de SAA, podendo ser necessário ajuste de dose quando for o caso. Em casos onde houver uma hepatopatia de importância, o uso de benzodiazepínicos de meia-vida mais curta, no caso o Lorazepam, deve ser considerado, haja vista o menor trabalho hepático para sua metabolização, em geral sendo adequada uma dose de 4mg/dia via oral. Adicionalmente, não é indicado o uso de Fenitoína ou Clorpromazina para tratamento da SAA, pois podem propiciar con-

vulsões. Todos os medicamentos citados anteriormente podem precisar de um ajuste de dose de acordo com a gravidade de cada caso, sendo essas doses adequadas para casos mais leves e até moderados, fazendo-se necessário sua retirada gradual ao longo de uma semana, ao fim do período de tratamento. Quadros mais graves, como alucinações, delírios, ou transtorno psíquico-orgânico maior, conhecido como *delirium tremens*, necessitam de cuidados mais complexos, podendo ser necessário uso de Haloperidol em baixa dosagem, 5mg/dia (MARQUES; RIBEIRO, 2002; DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2010).

A *Síndrome de Dependência Alcoólica* (SDA) é uma situação que torna difícil a abstinência do uso da droga em longo prazo. Nesse sentido, a terapêutica farmacológica busca dar suporte ao paciente no controle da SDA, de forma a colaborar nesse processo. Um dos medicamentos mais conhecidos para uso nas situações de alcoolismo é o Dissulfiram, sendo recomendada uma dose de 250mg/dia, com uma abstinência mínima de 12 horas antes do início do uso deste medicamento, com realização prévia e *a posteriori* de exames, devendo-se ter atenção a possíveis reações adversas, como psicoses, manias, disfunção cerebelar e síndromes extrapiramidais, e descontinuar o uso, caso necessário. A ação deste medicamento se dá sobre a enzima acetaldeído desidrogenase, que é a enzima que atua na segunda etapa de metabolização do álcool. Após a ingestão e absorção da bebida alcoólica, o etanol é metabolizado numa primeira etapa pela enzima álcool desidrogenase, gerando como metabólito o acetaldeído. Este é, então, metabolizado na segunda etapa de metabolização, que, ao ser inibida pelo uso do Dissulfiram, faz com que essa substância comece a se acumular, alcançando maiores concentrações sanguíneas, promovendo certa toxicidade orgânica, num nível aceitável dentro das condições adequadas de tratamento, o que leva o indivíduo a manifestar uma série de sinais e sintomas, como rubor facial, cefaleia, náusea e vômito, entre outros. Todas essas sensações desagradáveis servem como um mecanismo de

“punição” desse indivíduo, de acordo com os conceitos da psicologia, de forma a fazer com que ele não queira mais beber, em razão das consequências, sendo assim conhecido como um medicamento do tipo aversivo ou de efeito antabuse. O uso de etanol em grandes quantidades, em uso do Dissulfiram, pode acarretar graves consequências, inclusive coma e morte (MARQUES; RIBEIRO, 2002; DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2010). A utilização deste medicamento pode ser feita de forma mais segura para o médico quando se utiliza contratos assinados em duas vias, em que se ilustram quais produtos, além do álcool, o paciente não poderá utilizar (por exemplo, perfume, desodorantes com álcool, alimentos como bombons com licor), e contendo também a descrição dos principais efeitos que o paciente poderá apresentar caso ele venha a fazer o uso da medicação concomitantemente com tais produtos contendo álcool. Assim, fica clara a importância do esclarecimento sobre o uso deste medicamento e do contrato como forma de assegurar a voluntariedade e comprometimento do paciente ao tratamento proposto.

Um outro tipo de medicamento de importância para o controle da SDA são os utilizados para redução do desejo pela droga, ou “*anticraving*”. Um desses é a Naltrexona, sendo recomendada na primeira semana uma dose de 25mg/dia e a partir da segunda semana, 50mg/dia em tomada única. Seu mecanismo é o bloqueio de receptores do sistema opioide, uma vez que este é envolvido no processo de dependência do álcool, e utilizando esse medicamento o paciente poderá diminuir ou mesmo parar o consumo devido a uma diminuição do prazer obtido pelo consumo da substância. Outro medicamento desse tipo é o Acamprosato, sendo recomendada uma dose de 999mg/dia, dividida em três tomadas de 333mg. Esse fármaco tem potencial de promover correção do balanço de atividade glutamato/GABA no SNC no período de abstinência alcoólica. Isso ocorre devido à exacerbação do sistema glutamatérgico e à redução do GABAérgico, que se acredita que ocorra no período da abstinência

alcoólica. Dessa forma, esse medicamento promove inibição de receptores para glutamato e ativa receptores do sistema GABA, potencializando essa via. A presença de insuficiência hepática ou renal contraindica seu uso. Ademais, tanto para a Naltrexona como para o Acamprosato há indicações para prosseguimento do tratamento por até 12 semanas (MARQUES; RIBEIRO, 2002; DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2010).

Benzodiazepínicos: O uso de calmantes/ansiolíticos benzodiazepínicos gerando dependência é um problema que se tornou notório há algumas décadas; além disso, algumas vezes esses medicamentos também são utilizados em tentativas de suicídio. Dessa forma, é necessário o manejo dessa situação a partir dos serviços de saúde.

A *Intoxicação Aguda* não é tão comum devido à boa segurança terapêutica, com uma tolerabilidade para doses muito superiores às que são preconizadas clinicamente. Devido ao caráter depressor do SNC dessas drogas, os quadros de intoxicação aguda englobam efeitos relacionados a esse mecanismo, com redução ou perda de consciência, bradicardia, hipotensão, hipotermia e depressão respiratória. Para pacientes que tenham feito a ingestão há menos de 6 horas e ainda estejam conscientes, pode-se proceder a indução de vômito, e para os inconscientes, a lavagem gástrica com carvão ativado. Deve-se proceder a devida monitorização desses pacientes, oferecendo medidas de suporte necessárias, como as relativas à ventilação e oferta de oxigenação, e avaliando a possibilidade de intoxicação com outras drogas associadas. A terapêutica farmacológica de suporte para esse quadro é o uso do Flumazenil, um antagonista do sítio de ligação dos benzodiazepínicos no receptor GABA, que promove o deslocamento e o impedimento da sua ligação nesses receptores. Para adultos, é recomendado na forma de administração endovenosa, com dose inicial de 0,2mg/kg em 15 segundos, não ultrapassando o limite de 2mg. Contudo, sua utilização ainda é

um tanto controversa, haja vista que em geral a intoxicação por benzodiazepínicos não alcança demasiada gravidade que gere a necessidade de utilizá-lo, sendo um medicamento dispendioso, além de estar, em alguns casos, relacionado à piora do quadro do paciente. Ademais, o uso desse antagonista pode despertar um quadro de síndrome de abstinência, ao suprimir rapidamente a ação da droga geradora da dependência (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2010).

A Síndrome de Abstinência e Dependência é manejada com a retirada gradual do uso da substância, reduzindo a dose em etapas, que podem variar de 1 a 8 semanas cada, de acordo com o nível de dependência de cada paciente, até a parada total do uso. Uma forma comumente utilizada para isso consiste em uma redução em torno de 25 % da dose por semana, nas duas primeiras semanas, sendo possivelmente necessária uma redução mais suave daí em diante. Para facilitar esse processo, também é possível se utilizar de outro recurso, que é a substituição de um benzodiazepínico de meia-vida curta por um de ação mais prolongada, como, por exemplo, o Diazepam, pois ao permitir um maior intervalo de tempo entre as doses, evita-se a constante busca do seu uso pelo paciente, o que facilita a retirada gradual (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008).

Tabaco: o tabaco e o álcool são as drogas mais utilizadas pela população brasileira, sendo drogas lícitas, o que parece favorecer a disseminação de seu uso. Portanto, merecem a atenção dos serviços de saúde para demanda populacional por tratamento para a dependência dessas substâncias.

A Terapia de Reposição Nicotínica (TRN) se destaca entre as possibilidades farmacológicas para o tratamento do tabagismo. Nela, a administração da nicotina, a principal substância ativa do tabaco, faz com que o indivíduo vá perdendo a necessidade do uso do cigarro, uma vez que seu organismo está experimentando efeitos semelhantes aos que havia antes. Isso se

mostra benéfico, na medida em que o indivíduo passa a não mais ficar exposto a todas as outras substâncias nocivas presentes no cigarro ou no tabaco e preserva suas vias aéreas de agressão. Ao mesmo tempo, essa forma de administração da nicotina permite um melhor manejo do paciente para a retirada gradativa da substância, facilitando a abstinência do cigarro (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2010). É recomendada para maiores de 18 anos que fumem mais de 10 cigarros/dia, devendo passar por avaliação prévia; além disso, o paciente deve parar de fumar assim que iniciar a TRN, para não ter uma sobrecarga de nicotina. As formas de apresentação da terapia englobam desde adesivos transdérmicos, com duração de efeito de até 24 horas, a gomas de mascar e pastilhas, de efeito mais curto, ambos possuindo apresentações com doses variadas de nicotina, devendo ser usados de acordo com um planejamento adequado, ajustada a dose de acordo com o nível de consumo de cigarro do paciente. Em geral, inicia-se com a dosagem de 14 a 21 mg/dia, podendo ser aumentada a critério médico e, a cada intervalo de 4 a 6 semanas, ser reduzida, de forma gradual, até a retirada completa da nicotina, sendo recomendado um tempo médio de 6 a 14 semanas de tratamento. No caso das gomas e pastilhas, para aqueles que usam 25 ou mais cigarros por dia, devem ser utilizadas unidades de 4mg, e para os que fumam menos do que isso, unidades de 2mg. Seu uso deve ser feito a cada intervalo de 1 a 2 horas, fazendo a redução progressiva do consumo, semelhantemente aos adesivos. Existem ainda outras formulações para TRN, como o *spray* nasal e os inalantes em aerosol, mas não são práticas comuns (REICHERT et al., 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA et al., 2011).

A *Terapêutica Farmacológica Não Nicotínica* também é de grande valia nesse contexto. A Bupropiona é um inibidor da recaptação pré-sináptica da dopamina e da noradrenalina, favorecendo a abstinência no usuário. O tratamento deve ser iniciado uma semana antes de parar de fumar. A dose recomendada é de

150mg/dia até o terceiro dia de tratamento, podendo no quarto dia ser elevada para no máximo 300mg/dia, dividida em duas tomadas de 150mg, evitando tomar após as 16h para evitar insônia. O tratamento usualmente dura até 12 semanas. É sugerido que pode haver resultado positivo na associação com a TRN.

Entre as opções um pouco mais recentes, temos a Vareniclina, que possui uma ação como agonista parcial dos receptores nicotínicos, tendo um duplo efeito no tratamento do tabagismo. Ela promove uma fraca ativação dos receptores nicotínicos e, ao mesmo tempo, por estar ligada a esses receptores, impede que eles sejam ativados pela nicotina. Dessa forma, ela possui um pequeno efeito semelhante à TRN, ao promover a ativação dos receptores de nicotina, e, caso esse paciente venha a reincidir no tabagismo durante o tratamento, a nicotina do cigarro não terá grande efeito, uma vez que os receptores estarão parcialmente bloqueados pela ligação com a Vareniclina (REICHERT et al., 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA et al., 2011). O tratamento deve ser iniciado com uma dose diária de 0,5mg, elevando no quarto dia para 1mg, dividida em duas tomadas de 0,5mg. Já ao final de uma semana de tratamento, pode-se aumentar a dose para 2mg/dia, dividida em duas tomadas de 1mg. O tempo recomendado de tratamento é de 12 a 24 semanas. Recomenda-se iniciar seu uso uma semana antes de parar de fumar.

Existem ainda outras opções de tratamento, como o antidepressivo Nortriptilina, devendo ser iniciado com doses baixas, na faixa de 25mg/dia, e aumentar gradativamente até alcançar a dose recomendada de 75 a 100mg/dia. O paciente deve parar o uso do cigarro 2 a 3 semanas após o início do tratamento, que deve durar de 6 a 13 semanas. Além desses, temos a Clonidina, que pode ser usada na dose inicial de 0,1mg/dia, podendo haver um posterior ajuste dessa dose para cima. Sua retirada deve ser feita também de forma gradativa para evitar efeitos rebote, como elevação da pressão arterial. É utilizada para aliviar os sintomas

de abstinência, como irritabilidade, cansaço e fissura. Sua ação se dá como agonista no receptor adrenérgico alfa-2, que tem papel modulatório sobre a atividade noradrenérgica excitatória (REICHERT et al., 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E FISIOLOGIA et al., 2011).

Cocaína e Crack: os derivados cocaínicos são SPAs com grande capacidade de criar dependência, de forma rápida, como destacadamente vem sendo visto no Brasil – em especial, o caso do *crack*. Dessa forma, os usuários dessas substâncias são uma demanda diferenciada para o manejo nos serviços de saúde.

A *Intoxicação Aguda* por cocaína e *crack* pode ser de grande severidade, sendo necessário o atendimento em ambiente estruturado, como o serviço de emergência. Os sintomas podem abranger sudorese, cefaleia, tremores, ansiedade, hiperventilação, espasmo muscular, midríase, taquicardia, hipertensão, arritmia e hipertermia, podendo ainda ocorrer infarto agudo do miocárdio, como também chegar num estado de falência de órgãos, causado pelo que chamamos de “*overdose*”. Nesse contexto é necessário suporte/tratamento sintomático, com monitoramento das funções orgânicas. Os benzodiazepínicos são uma ferramenta válida para controle de nervosismo e agitação de fundo ansioso, podendo ser utilizados Diazepam ou Clordiazepóxido, ou, em casos mais extremos, algum de maior potencial sedativo, como o Midazolam 15mg IM. Para quadros de agressividade e sintomatologia psicótica, o indicado é uma medicação mais específica baseada em antipsicóticos de alta potência, como o Haloperidol em dose de 5mg IM e o Midazolam 15mg IM (ROMANO; RIBEIRO; MARQUES, 2002).

A *Síndrome de Abstinência* requer terapêutica farmacológica voltada para o controle da sintomatologia, uma vez que tratamentos mais específicos ainda não são uma realidade na clínica médica. Este momento é dividido em 3 fases: “*Crash*” – drástica alteração no humor e redução na energia, 15-30 minutos após

cessado o uso, podendo durar cerca de 8 horas a até 4 dias; Síndrome disfórica tardia – entre 12 e 96 horas após cessado o uso, podendo se estender por 2 a 12 semanas, com sintomas gerais de disforia, sono, irritabilidade e ideias suicidas; Fase de extinção – redução ou desaparecimento dos sintomas disfóricos e o “*cra-ving*” passando a ser intermitente (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2011).

A *Síndrome de Dependência* é uma situação para a qual inúmeros medicamentos vêm sendo testados, mas ainda não há estabelecida uma terapia farmacológica específica. Contudo, entre os fármacos disponíveis, alguns apresentam destaque, ainda que não tenham demonstrado um efeito bem comprovado. O Topiramato eleva a neurotransmissão GABAérgica, ao mesmo tempo que reduz a atividade glutamatérgica, com uma dose na faixa de 200 a 400mg/dia. Já o Dissulfiram, usualmente utilizado para o alcoolismo, além do seu efeito típico, também evita a conversão de dopamina e noradrenalina, potencializando a via dopaminérgica, reduzindo o desejo pela droga, com uma dose preconizada de 250 a 500mg/dia. O Modafinil é um inibidor da recaptação de dopamina e noradrenalina, aumentando a disponibilidade dessas aminas no SNC e ainda elevando a neurotransmissão glutamatérgica. Estudos mostraram aumento nos índices de retenção ao tratamento e de abstinência entre pacientes tratados com doses entre 200 a 400mg/dia, porém, estudos posteriores mostraram apenas uma tendência em manter a abstinência (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2011).

Ecstasy (MDMA): é uma droga que vem crescendo em popularidade no Brasil, principalmente entre os jovens, sendo associadas a festas *rave* e boates. Constantemente associado ao álcool e a outras drogas, torna-se um problema potencial para os serviços de saúde, muitas vezes como emergência.

A *Intoxicação Aguda* provocada por anfetaminas, às quais o *ecstasy* é semelhante, pode acarretar agitação, tremores, alu-

cinações, *delirium*, quadros psicóticos, convulsões, hipertensão, taquiarritmia e até infarto do miocárdio e doenças cerebrovasculares; os transtornos mais característicos do *ecstasy* são hipertermia, desidratação, problemas renais e hepáticos. Deve-se fazer todo o monitoramento e o suporte necessários, com atenção à hipertensão, à taquiarritmia cardíaca e à hipertermia.

Na *Síndrome de Abstinência* pode ocorrer ansiedade, agitação, pesadelos, redução da energia, lentificação e humor depressivo. Contudo, em geral, esses sintomas são autolimitados e não há medicamentos específicos para essa situação, assim como também ocorre para a *Síndrome de Dependência* (RIBEIRO; MARQUES, 2002).

Maconha: a ideia de síndrome de abstinência e dependência para a maconha já levantou muita controvérsia, sendo amplamente rejeitada pela comunidade científica, devido à subjetividade dos sintomas. Isso começou a ser mudado a partir da revisão do conceito de Síndrome de Abstinência da maconha, mas ainda não existindo um consenso sobre isso. Sugere-se que os sintomas são semelhantes aos da abstinência do tabaco, apresentando ansiedade, fissura, insônia e inapetência. Nesse contexto, poucos estudos vêm sendo feitos em relação a medicações para tratamento dos usuários de maconha. Alguns fármacos são levantados como possibilidades para uso no tratamento de dependência dessa droga, como Fluoxetina, Bupiriona, Bupropiona, Nefazodona, Valproato de Sódio e o Rimonabanto, que é um medicamento antagonista seletivo dos receptores canabinoides CB1 (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2010; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2012).

ABORDAGEM PSICOSSOCIAL

- **Modalidades Individuais:**

Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

A abordagem da Psicoterapia Cognitivo-Comportamental compreende a dependência de drogas como uma forma de comportamento aprendido, passível de ser modificado com a participação ativa do indivíduo no processo de mudança. O objetivo básico é mostrar ao usuário a relação entre seus *pensamentos*, *emoções* e *ações* ligadas ao consumo e identificar as funções que a substância psicoativa adquiriu em sua vida (SEIBEL, 2010).

A estrutura das sessões de Terapia Cognitivo-Comportamental modifica-se ao longo do tratamento, mas de modo geral é uma abordagem *estruturada*, *diretiva*, *focal* e de *prazo limitado* (12 a 24 sessões). Baseia-se numa relação genuína entre paciente e terapeuta, pautada pela empatia e colaboração mútua (SILVA; SERRA, 2004).

Entrevista Motivacional (EM)

A Entrevista Motivacional é uma abordagem que visa motivar o paciente a desenvolver um comprometimento e a tomar a decisão de mudar seu comportamento. Tem como objetivo ajudar as pessoas a reconhecerem e fazerem algo a respeito de seus problemas, portanto, pode ser utilizada em qualquer fase do tratamento – com pacientes que buscaram e com os que necessitam de *motivação* para buscar ajuda. É particularmente útil com pessoas que apresentam mais resistência a mudanças ou aqueles que se encontram ambivalentes (BRASIL, 2012).

Cinco princípios norteadores orientam a conduta do profissional que desenvolve a EM com usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2012):

1	Expressar empatia
2	Desenvolver a discrepância
3	Evitar a argumentação
4	Acompanhar a resistência
5	Promover a autoeficácia

Intervenção Breve (IB)

Conforme discutido no capítulo anterior, a Intervenção Breve (IB) é a abordagem recomendada à prevenção primária ou secundária para usuários de álcool e outras drogas que tem como foco a mudança de comportamento do paciente, através de um atendimento com tempo limitado e que pode ser realizado por profissionais de diferentes formações (SOUZA; RONZANI, 2012).

Fundamentada nos princípios da entrevista motivacional, a IB tem como objetivo principal motivar usuários em risco a mudar seus comportamentos relacionados ao uso, sendo aplicada imediatamente após a identificação dos problemas atuais ou potenciais decorrentes desse uso (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2003).

Prevenção de Recaída (PR)

Nas últimas duas décadas, um foco importante das propostas de tratamento para dependentes de drogas tem sido a prevenção de episódios de recaída, que leva em conta não apenas a interrupção do uso da substância, mas essencialmente a manutenção do comportamento de mudança, iniciando assim com a orientação do paciente em relação ao cumprimento da meta, à identificação das situações de risco, dos lapsos e das recaídas (SEIBEL, 2010).

Marlatt e Gordon (1985) enfatizam que a recaída é uma circunstância que pode ser previsível, prevenida e evitada por meio do aprendizado de estratégias de autocontrole no enfrentamento de situações de risco e no desenvolvimento de habilidades que favoreçam o indivíduo nas diversas condições.

Redução de Danos (RD)

Redução de Danos (RD) é uma estratégia de intervenção terapêutica que busca controlar possíveis consequências adversas do consumo de drogas psicoativas (DUALIBI; VIEIRA; LARANJEIRA, 2011). A RD é muito mais do que uma alternativa à abstinência no tratamento da dependência química e na prevenção do HIV/Aids, trata do manejo seguro de uma ampla gama de comportamentos de alto risco e dos danos associados a eles.

A ênfase é se o comportamento é seguro ou inseguro, favorável ou desfavorável. As ações constituem um conjunto de medidas de saúde pública voltadas a minimizar os efeitos adversos do uso de drogas (QUEIROZ, 2001).

Atualmente, observa-se no Brasil que muitas ações são aplicadas sob o rótulo de redução de danos, porém carecem de evidências científicas de boas práticas para a prevenção de doenças infectocontagiosas e para a assistência ao usuário de álcool e outras drogas (MARQUES; ZALESKI, 2011).

Ademais, as ações de redução de danos não devem consideradas como uma política assistencial única para todos os usuários de diferentes tipos de substâncias (MARQUES; ZALESKI, 2011). O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) orienta algumas estratégias para minimizar os danos decorrentes do consumo de álcool:

- Ingerir água e líquidos não alcoólicos e vitaminas do complexo B;
- Ter nutrição adequada;
- Consumir produtos com baixo teor alcoólico para produzir menor embriaguez;
- Escolher um ambiente seguro para beber, para que haja relativa segurança principalmente para aqueles que não bebem;
- Efetuar o uso de álcool associado a atividades sociais, sendo assim é provável que o álcool seja menos relevante e alguns problemas possam ser evitados;

- Planejar os momentos da ingestão do álcool, para que se possa evitar acidentes automobilísticos decorrentes de consumo excessivo da droga;
- Disseminar informações sobre o álcool e seus efeitos, objetivando a educação em saúde.

Gerenciamento de Casos (GC)

Gerenciamento de Casos (GC) pode ser definido como um processo de cuidado que inclui *avaliação, distribuição, coordenação e monitoramento* de serviços e fonte de recursos para garantir que as necessidades dos serviços sejam reconhecidas. No GC pressupõe-se uma equipe multidisciplinar para o cuidado, evitando, portanto, uma possível internação; nesse modelo, a equipe proporciona uma extensão do tratamento buscando a inserção na sociedade (SOARES, 2011).

Estratégias de gerenciamento de caso têm sido implementadas em diversas sociedades e culturas, com resultados positivos, tanto na melhoria da adesão ao tratamento quanto na redução do consumo das diversas substâncias (VANDERPLASSCHEN et al., 2004; FONSECA; ALVES; LEMOS, 2011).

É uma forma de ajuda organizada, com funções e componentes que visam uma atenção ampliada e individualizada, através da responsabilização de uma pessoa ou equipe, com objetivo de desenvolver um plano de cuidados capaz de atender as necessidades individuais (GRAHAM; TIMNEY, 1990; FONSECA; ALVES; LEMOS, 2011).

O GC, dessa forma, é considerado uma das estratégias mais importantes no tratamento em saúde mental e abordagem comunitária nas últimas décadas (HOLLOWAY; CARSON, 2001; SOARES, 2011; FONSECA; ALVES; LEMOS, 2011).

- **Modalidades Grupais:**

Grupos de Autoajuda e 12 passos

Os grupos de autoajuda são baseados no modelo da comunidade Alcoólicos Anônimos (AA) e são grupos autossustentáveis, em que seus membros têm liberdade para entrar e sair quando quiserem. Além disso, seguem os princípios filosóficos conhecidos como 12 passos (ALCOÓLICOS ANÔNIMOS, 2012):

1. Admitimos que éramos impotentes perante o álcool – que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.
2. Viemos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade.
3. Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos.
4. Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.
5. Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.
6. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.
7. Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.
8. Fizemos uma relação de todas as pessoas a quem tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.
9. Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicá-las ou a outrem.
10. Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.
11. Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós, e forças para realizar essa vontade.

12. Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes Passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

Seguindo essas orientações, os membros vão adaptando suas vidas e, juntamente com seus colegas de grupo, vão fortalecendo seus laços emocionais, inclusive sendo difícil aceitar outro tipo de intervenção conjunta, por exemplo, a ajuda de médicos, psicólogos, assistentes sociais, conselheiros e clero. Os Narcóticos Anônimos (NA) surgem também desse modelo para dar atenção a usuários de outras drogas (ALCOÓLICOS ANÔNIMOS, 2012).

Também existe o Amor Exigente (Amorex), que se aplica a familiares de usuários de drogas e também segue a filosofia dos 12 passos (12 princípios), mas adaptada à realidade necessária (MENEZES, 2011).

Terapia Familiar

A principal proposta de terapia familiar é baseada no modelo sistêmico, o qual entende o fenômeno da dependência química como um sintoma da disfunção familiar, expressa por um conjunto de comportamentos desajustados. Considera o usuário como um ser em constante relação, cuja mudança e tratamento devem ser vistos como um processo. O foco dessa abordagem não é apenas a abstinência, mas a interação entre os membros (KAUFMANN; KAUFMANN, 1982; PAYÁ; FIGLIE, 2004).

A família é vista como um sistema que se mantém em equilíbrio por meio de regras de funcionamento. A terapia busca, dessa forma, a mudança no sistema entre os membros da família mediante a reorganização da comunicação (STANTON; TODD, 1985; PAYÁ; FIGLIE, 2004).

A sessão na terapia familiar pode ocorrer da forma seguinte: o terapeuta incentiva os indivíduos a descreverem seu mal-estar,

observa a interação familiar diante do problema e estabelece o papel para cada um dos membros da família, evitando constrangimento, culpa e vergonha. Através desse ajuste de papéis, são evitados conflitos futuros. Esta modalidade de terapia tem apresentado bons resultados na área da dependência química (SEIBEL, 2010).

Os modelos de terapia individual e terapia em grupo podem e devem ser associados na abordagem aos usuários e seus familiares como estratégia na reconstrução de novas metas e objetivos. O desfecho da abordagem oferecida depende, e muito, dos vínculos estabelecidos, fundamentos teóricos e postura do profissional. Seja qual for a abordagem, será na relação de ajuda que o processo de mudança acontecerá, tanto para o usuário como para o seu familiar (PAYÁ; FIGLIE, 2004).

CONCLUSÃO

Como vimos, o manejo do usuário de álcool e outras drogas envolve uma série de cuidados, que devem levar em conta o tipo de droga, a associação entre elas, o padrão do uso ou da dependência a essa substância, bem como o estado geral do paciente. Dessa forma, é necessário perceber o usuário de forma integral e, dentro da situação específica de cada indivíduo, proceder a uma abordagem psicossocial nos âmbitos individual, grupal, familiar e da comunidade onde o usuário encontra-se inserido, bem como fazer o uso da terapêutica farmacológica quando for necessário, de modo a auxiliar o processo de melhora do paciente.

REFERÊNCIAS

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS. **Os doze passos**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em <<http://www.aa.org.br/principios/os-doze-passos>>. Acesso em: 8 jul. 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Abuso e Dependência do Crack. In: **Projeto Diretrizes**. Associação Médi-

ca Brasileira e Conselho Federal de Medicina. São Paulo: AMB, 2011. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/novas_diretrizes.php>. Acesso em: 1 jun. 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Abuso e Dependência de Maconha. In: **Projeto Diretrizes**. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. São Paulo: AMB, 2012. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/novas_diretrizes.php>. Acesso em: 1 jun. 2013.

BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C. **Intervenções breves para uso de risco e nocivo de álcool**: manual para uso em atenção primária. Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2003.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Tratamento de dependência de crack, álcool e outras drogas**: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social. Brasília: Senad, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool e redução de danos**: uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMARGO JR, R. K. et al. **Manual para avaliação da atenção básica no município**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005.

CASTRO, A. J. R.; SHIMAZAKI, M. E. (Orgs.). **Protocolos clínicos para unidades básicas de saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública, 2006.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Tratamentos farmacológicos para dependência química**: da evidência científica à prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DUALIBI, S.; VIEIRA, D. L.; LARANJEIRA, R. Políticas públicas para o controle de álcool, tabaco e drogas ilícitas. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **Dependência**

química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 497-505.

ENTRALGO, P. **La relación médico-enfermo:** história y teoria. Madrid: Alianza Editorial, 1983.

FERREIRA, A. B. de H. **Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

FONSECA, V. A. S.; ALVES, H. N. P.; LEMOS, T. Gerenciamento de caso (case management). In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **Dependência química:** prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

GRAHAM, K.; TIMNEY, C. B. Case management in addictions treatment. **Journal Subst Abuse Treat.**, v. 7, n. 3, p. 181-8, 1990.

HOLLOWAY, F.; CARSON, J. Case management: an update. **Int. Journal. Soc. Psychiatry**, v. 47, n. 3, p. 21-31, 2001.

KAUFMAN, E.; KAUFMANN, P. **Family Therapy of Drugs and Alcohol Abuse.** New York: Gardner, 1982.

MARLATT, G. A.; GORDON, J. R. **Relapse prevention.** New York: Guilford Press, 1985.

MARQUES, A. C. P. R.; RIBEIRO, M. Abuso e dependência do álcool. In: **Projeto Diretrizes.** Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. São Paulo: AMB, 2002. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/novas_diretrizes.php>. Acesso em: 1 jun. 2013.

MARQUES, A. C. P. R.; ZALESKI, M. Redução de danos: é possível utilizar essa estratégia terapêutica no Brasil? In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **Dependência química:** prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 340-345.

MENEZES, M. S. C. **O que é Amor Exigente?** 42. ed. São Paulo: Loyola, 2011.

MIRANDA, C. F.; MIRANDA, M. L. **Construindo a relação de ajuda**. 6. ed. Belo Horizonte: Crescer, 1990.

NASTASY, H.; RIBEIRO, M.; MARQUES, A. C. P. R. Abuso e dependência dos benzodiazepínicos. In: **Projeto Diretrizes**. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. São Paulo: AMB, 2008. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/novas_diretrizes.php>. Acesso em: 1 jun. 2013.

PAYÁ, R.; FIGLIE, N. B. Abordagem familiar em dependência química. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004. p. 339-358.

QUEIROZ, I. S. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 2-15, 2001.

REICHERT, J. et al. Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo, v. 34, n. 10, p. 845-80, 2008.

RIBEIRO, M.; MARQUES, A. C. P. R. Abuso e dependência – anfetamina. In: **Projeto Diretrizes**. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. São Paulo: AMB, 2002. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/novas_diretrizes.php> acesso em: 1 jun. 2013.

ROMANO M.; RIBEIRO, M.; MARQUES, A. C. P. R. Abuso e dependência da cocaína. In: **Projeto Diretrizes**. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. São Paulo: AMB, 2002. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/novas_diretrizes.php>. Acesso em: 1 jun. 2013.

SEIBEL, S. D. (Org.). **Dependência de drogas**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

SILVA, A. S. et al. Protocolos clínicos e de regulação para adoção de medidas de prevenção de doenças. In: SANTOS, J. S. et al. (Orgs.). **Protocolos clínicos e de regulação**: acesso à rede de saúde. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 49-58.

SILVA, C. J.; SERRA, A. M. Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em dependência química. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 33-39, 2004.

SOARES, M. H. Apresentando uma nova ferramenta: gerenciamento de casos de saúde mental. In: SOARES, M. H.; BUENO, S. M. V. (Orgs.). **Saúde mental**: novas perspectivas. São Paulo: Yendis, p. 39-51, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E FISIOLOGIA et al. Tabagismo. In: **Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar**. Associação Médica Brasileira e Agência Nacional de Saúde Suplementar. São Paulo: AMB, 2011. Disponível em: <<http://www.projetoDiretrizes.org.br/ans/diretrizes/tabagismo.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2013.

SOUZA, I. C. W.; RONZANI, T. M. Álcool e drogas na atenção primária: avaliando estratégias de capacitação. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 2, p. 237-246, 2012.

STANTON, M. D.; TODD, T. **Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas**. Barcelona: Gedisa, 1985.

SUPERA. Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas**: módulo 5. Brasília: Senad, 2008.

VANDERPLASSCHEN, W. et al. The development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe. **Psychiatr. Serv.**, v. 55, n. 8, p. 913-22, 2004.

Capítulo 7

**Apresentações Clínicas e
Comorbidades Psiquiátricas
Associadas às Substâncias Psicoativas**

*Wanderson dos Santos Gonçalves; Bruno Pereira da Silva;
Maria da Penha Zago Gomes; Alessandra Diehl*

INTRODUÇÃO

Importante entender que a apresentação clínica do uso de álcool e outras substâncias psicoativas pode estar associada a outras doenças (que chamamos de comorbidades), pode trazer sinais e sintomas próprios da doença (Síndrome de Abstinência) e também ser causa de complicações clínicas ou psiquiátricas (por exemplo: cirrose hepática, transtorno psicótico residual de início tardio) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004, 2008). A Síndrome de Abstinência ao álcool e a outras substâncias psicoativas serão tratadas em outro capítulo.

ÁLCOOL

Complicações Clínicas mais Comuns Relacionadas à Dependência ao Álcool

Assim como o álcool é reconhecido como causa de diversas complicações sociais ao longo de séculos, também é identificado como causa de complicações clínicas. Por exemplo, a mortalidade por cirrose hepática apresenta correlação direta com o uso de etanol, diminuindo ou aumentando conforme o uso de álcool em vários países, independentemente do tipo de bebida utilizada (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004).

O estresse oxidativo, devido ao metabolismo do etanol, produz alto nível intracelular de espécies reativo de oxigênio e de nitrogênio, que são os pontos cardiais da patogênese de uma série de complicações clínicas relacionadas ao álcool, como: hepatopatia alcoólica, pancreatopatia alcoólica, miocardiopatia alcoólica, alterações hematológicas, etc. A peroxidação de lipídios, formando ácidos graxos, também contribui com as lesões orgânicas advindas do metabolismo do álcool. A ação do etanol interfere em macromoléculas celulares, em ácidos nucleicos e na cascata de sinalização intra e extracelulares, altera as mitocôndrias, produz dano no retículo endoplasmático, no DNA e nos ribossomos (REUBEN, 2008).

A injúria orgânica pelo uso crônico do etanol também pode ser relacionada à deficiência nutricional, como: *deficit* de vitaminas, em especial a deficiência das vitaminas do complexo B e deficiência de metionina e colina.

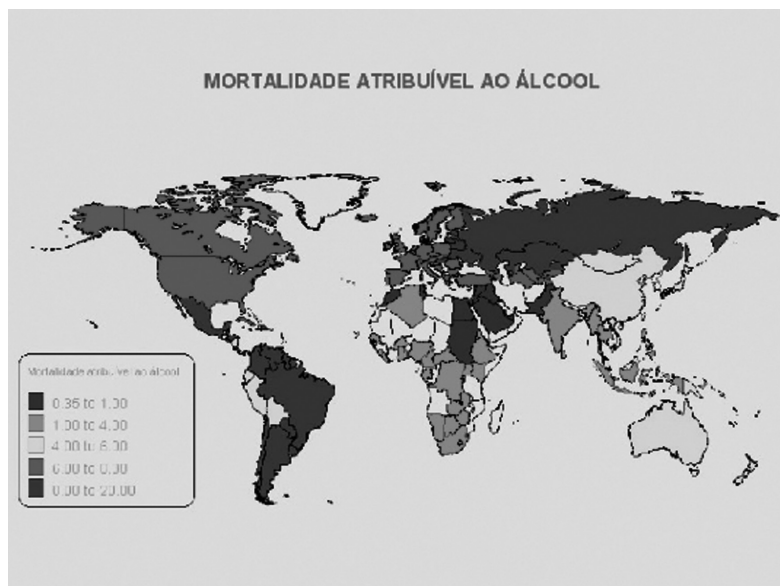
Principais Complicações Clínicas do Uso Abusivo de Álcool (REUBEN, 2008):

1. 1) Fígado: esteatose hepática, hepatite alcoólica, cirrose hepática e risco para carcinoma hepatocelular.

2. 2) Pâncreas: pancreatite crônica, risco para adenocarcinoma pancreático.
3. 3) Vias aéreas superiores: risco para carcinoma epidermoide.
4. 4) Esôfago: esofagite de refluxo, risco para câncer de esôfago.
5. 5) Estômago: gastrite erosiva, risco para adenocarcinoma gástrico.
6. 5) Intestino: diarreia crônica.
7. 6) Cardiovascular: miocardiopatia dilatada alcoólica, arritmias cardíacas, hipertensão arterial, risco para insuficiência coronariana.
8. 7) Dermatológico: pelagra, risco para infecção fúngicas.
9. 8) Sistema nervoso central e periférico: Síndrome de Wernike-Korsakoff, polineuropatia periférica motora e sensitiva, síndrome cerebelar.
10. 9) Psiquiátrico: depressão, ansiedade, sintomas psicóticos.
11. 10) Endocrinológico: infertilidade masculina e feminina, diminuição de hormônios masculinos e femininos.
12. 11) Síndrome alcoólica fetal.

Para o cálculo do peso global dos danos relacionados ao consumo do álcool, a OMS caracterizou o padrão de consumo em cada nação do globo terrestre, classificando-as em quatro níveis de risco com variação crescente de 1 a 4, conforme o padrão encontrado. O Brasil foi classificado como padrão de consumo com elevado grau de risco (nível 4) (MELONI; LARANJEIRA, 2004), como vemos na Figura 2.

Figura 2 - Mortalidade Atribuível ao Álcool



Fonte: BABOR et al., 2010

Os resultados do estudo da OMS em 2000 mostraram que são atribuíveis ao consumo de álcool, entre a população masculina, 5,6 % de todas as mortes que ocorrem no planeta, e, entre as mulheres, 0,6 %, concluindo-se que o álcool determina 3,2 % da mortalidade global. Em 1990, a estimativa foi de 1,5 %, demonstrando um grande aumento em 10 anos (BABOR et al., 2010).

O peso global de danos à saúde foi apresentado pela OMS através de um indicador de saúde, designado Daly (Disability Adjusted Life Years – Anos de Vida Perdidos por Morte Prematura Ajustados por Incapacidades). Este indicador refere-se ao percentual de anos que são perdidos em razão de doença ou mortalidade precoce, atribuíveis à ingestão alcoólica. No ano de 2000 foi encontrado o valor mundial de 4 % (GADELHA et al.,

2002) e em 2010 este valor elevou-se ainda mais em todo o mundo (MURRAY et al., 2012).

Importante ressaltar que para as doenças neuropsiquiátricas o índice Daly foi de 38 %, mostrando a gravidade do álcool nessa patologia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a). Entre os efeitos nocivos do etanol, os danos ao sistema nervoso central (SNC) são de fundamental importância. São descritos: como efeito primário (ou direto), a perda de volume cerebral, devido aos efeitos tóxicos sobre os neurônios mediados por neurotransmissores e/ou receptores e eletrólitos; e, como efeito secundário, as alterações neurológicas da cirrose hepática, como encefalopatias, coagulopatias ou problemas relacionados ao trato gastrointestinal, por exemplo, má-absorção, desnutrição e *deficit* de absorção de vitaminas (ROVIRA; ALONSO; CÓRDOBA, 2008). Em algumas doenças clínicas desencadeadas pelo álcool ainda não foi definido qual dos dois efeitos é o predominante. No caso da encefalopatia de Wernicke, não se sabe ao certo se ela é causada pelo efeito primário direto às células neuronais ou secundário, pela desnutrição.

Síndrome Alcoólica Fetal

A exposição pré-natal ao álcool pode causar alterações no desenvolvimento do cérebro. O termo Desordens Fetais Relacionadas ao Álcool (Fasd, do inglês *Fetal Alcohol Spectrum Disorders*) deve ser usado dando ênfase às várias alterações que podem estar presentes no indivíduo que foi exposto ao álcool na vida intrauterina, em que a Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) representa um ponto deste espectro. A prevalência de Fasd é estimada em 1 a 7 casos em cada 100 crianças nascidas vivas (1 a 7 %, dependendo do país estudado e do grau de avaliação) e SAF em 0,2 % – 2 casos em cada 1000 nascidos vivos. Os trabalhos com animais expostos ao álcool na vida intrauterina mostram uma grande concordância entre o modelo animal e as caracterís-

ticas observadas na clínica, com evidência de teratogenicidade do álcool.

A exposição ao álcool na vida intrauterina afeta vários estágios do desenvolvimento do cérebro, como a neurogênese e a mielinização, envolvendo vários mecanismos, incluindo alterações na interação célula-célula, estresse oxidativo, alterações na expressão de genes e na sinalização de fatores de crescimento. A interferência nesses mecanismos promove alterações nos desenvolvimentos cognitivo, motor e comportamental.

As características clínicas da SAF são: deficiência no desenvolvimento pré-natal e pós-natal, *deficit* intelectual, microcefalia, *deficit* no desenvolvimento neurológico, disfunção no desenvolvimento motor fino, fissura palpebral pequena, lábio superior fino e longo, hipoplasia maxilar, fenda palatina, anormalidades de joelho, alterações das dobras palmares e defeitos cardíacos. Para o diagnóstico de SAF é preciso o relato de exposição ao álcool na gravidez, associado à presença de pelo menos quatro características descritas acima.

Um grande número de anormalidades também pode estar presente na Fasd, como: *deficit* no desenvolvimento intelectual, hiperatividade, dificuldades de adaptação e de comportamento, *deficit* no desenvolvimento motor, na atenção, na linguagem verbal, na função executiva, na habilidade visuoespacial, na aprendizagem e memória, no desenvolvimento acadêmico (*deficit* escolar).

O uso de álcool em qualquer período da gravidez pode causar alterações neurológicas no feto. Estudos em animais demonstram que o uso no primeiro período da gestação resulta em dismorfia facial semelhante à SAF. Em geral, a quantidade de álcool ingerida é correlacionada com a gravidade da Fasd, contudo o uso moderado de álcool também é descrito como causa de desenvolvimento de lesões neuronais. Alguns autores relacionam o beber em “*binge*” com o desenvolvimento de lesões mais graves.

Comorbidades Psiquiátricas

Comorbidades psiquiátricas refere-se à presença de mais de um transtorno mental em um mesmo indivíduo, que pode ocorrer de forma simultânea ou sequencial (CORDEIRO; DIEHL, 2011). Os termos “primário” e “secundário” são frequentemente empregados na literatura para classificar os transtornos em geral. “Primário” refere-se à primeira condição a se desenvolver. Esta é uma terminologia apenas cronológica e não necessariamente representa causalidade. Mais significativamente deveria se reconhecer que alguns transtornos são independentes e alguns são induzidos por outros transtornos (LANGÅS; MALT; OPJORDSMOEN, 2011; DIEHL; SOUZA, 2013).

Este conceito de comorbidade psiquiátrica na verdade está atrelado a alguns dificultadores, uma vez que o diagnóstico psiquiátrico frequentemente se dá quase que exclusivamente da anamnese clínica conduzida a partir da observação do paciente e do relato de seus familiares e/ou cuidadores, sendo que alguns poucos exames complementares são utilizados para excluir as doenças não psiquiátricas (CORDEIRO; DIEHL, 2011). Assim, na psiquiatria, geralmente os únicos instrumentos diagnósticos são o avaliador e o avaliado, além do relato de uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPAs), o qual pode atenuar ou piorar os sintomas físicos, cognitivos, emocionais ou comportamentais, tornando-se um dificultador do diagnóstico nesses casos (CORDEIRO; DIEHL, 2011).

A alta prevalência da associação entre transtorno mental e transtorno por uso de álcool e outras drogas já tem sido bem documentada em estudos clínicos e epidemiológicos de diferentes países ao longo dos últimos 30 anos. Na verdade, a comorbidade psiquiátrica parece ser mais frequentemente a regra do que a exceção (LANGÅS; MALT; OPJORDSMOEN, 2011; DIEHL; SOUZA, 2013).

O diagnóstico duplo é de fato um assunto prevalente e bastante complexo que tem gerado grandes preocupações de-

vido às suas importantes consequências aos pacientes, suas famílias, aos serviços de saúde e à sociedade como um todo. Isso porque, comparados a indivíduos que possuem um único diagnóstico de transtorno mental ou transtorno por uso de substâncias psicoativas, os pacientes que apresentam esta comorbidade estão sob maior risco de ter atraso no diagnóstico correto de sua doença, sintomas psicopatológicos mais graves, menor adesão ao tratamento, pobre resposta ao tratamento, maior comprometimento social, aumento das admissões em serviços de pronto-socorro, maior prevalência de comorbidades clínicas, aumento da vulnerabilidade para a contaminação de HIV/Aids e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) e mais ideação, assim como tentativas, de suicídio. Eles estão também mais propensos ao desemprego, a ficarem em situação de rua, envolvimento em episódios de violência e comportamento criminal (LANGÅS; MALT; OPJORDSMOEN, 2011; DIEHL; SOUZA, 2013).

Muitas dessas consequências também estão relacionadas ao desenvolvimento de comorbidades ou condições clínicas as quais muito comumente coocorrem em usuários de álcool e outras drogas. As *complicações clínicas*, por sua vez, são também importantes motivadores que levam o usuário a procurar ajuda e informações claras a respeito de seu estado de saúde e podem auxiliá-lo numa mudança de comportamento (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

No entanto, ainda existem diversas barreiras, tanto de treinamento dos profissionais da saúde mental, em identificar e diagnosticar a comorbidade psiquiátrica relacionada ao abuso e dependência de SPAs, quanto barreiras de acesso, questões organizacionais e ideológicas da rede de atenção aos usuários que dificultam a adequada prestação de cuidados para este público. Isso porque o sistema tradicional de saúde mental em diversos países do mundo muitas vezes não dispõe de elementos integrativos e raramente está preparado para atender as necessida-

des reais do portador de diagnóstico comórbido (CANAWAY; MERKES, 2010; DIEHL; SOUZA, 2013).

Assim, o objetivo deste capítulo é apresentar as principais comorbidades clínicas e psiquiátricas associadas ao uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas, para que o leitor possa ter mais ferramentas para identificar tais associações e promover a busca de intervenções farmacológicas e psicossociais orientadas para necessidades específicas deste público.

Comorbidades Clínicas Associadas ao Álcool

O uso do álcool está cada vez mais prevalente em nossa sociedade e permanece associado a inúmeros problemas sociais, econômicos e de saúde. Os estudos sobre os efeitos agudos desse consumo revelam que o abusador de álcool, durante o período de intoxicação, tende a apresentar um estado de confusão mental e diminuição do nível de atenção, bem como *deficit* na maioria das áreas cognitivas examinadas. Quanto ao uso crônico, alterações em várias funções neurocognitivas (por exemplo: memória, atenção, capacidade de planejamento, funções executivas) têm sido descritas, mesmo após períodos de abstinência, o que evidencia efeitos em longo prazo do álcool no funcionamento geral do cérebro (CUNHA; NOVAES, 2004).

Intoxicação Aguda e Coma

A intoxicação aguda e o coma tendem a ser mais comuns no bebedor ocasional do que naquele indivíduo que desenvolveu a síndrome de dependência do álcool propriamente dita. Pelo fato de o álcool ser depressor do sistema nervoso central (SNC), sua associação com sedativos aumenta o risco de coma e depressão respiratória. Arritmias cardíacas podem ocorrer após libação alcoólica, em especial, fibrilação atrial (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

O consumo de álcool é medido por um conceito denominado “unidades de álcool”. Cada unidade da substância equivale a 10 gramas de álcool puro. Para obter as unidades-equivalentes é necessário multiplicar a quantidade de bebida por sua concentração alcoólica. Fazendo o cálculo, por exemplo, de uma pessoa que bebe três doses de uísque por dia: cada dose de uísque tem em média 50 ml, logo, essa pessoa estaria ingerindo 150 ml de uma bebida destilada cuja concentração alcoólica é de aproximadamente 40 %, o que equivale a seis unidades de álcool. Se uma unidade de álcool equivale a 10 gramas de álcool puro, isso significa que o indivíduo ingeriu 60 gramas de álcool. Não existe um beber totalmente isento de riscos. No entanto, para os homens, podemos considerar um beber de baixo risco a ingestão de até 14 unidades de álcool ao longo da semana. Enquanto para as mulheres esta faixa de beber de baixo risco é de até 7 unidades de álcool ao longo da semana (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2010).

Consumo crônico de álcool

O consumo crônico do álcool tem consequências em todo o organismo, inclusive na nutrição do indivíduo, já que o álcool, como fonte de calorias vazias, dieta pobre, disabsorção e aumento de excreção renal de alguns micronutrientes, leva a diversas síndromes carenciais. Deficiências de cálcio, fosfato e magnésio, vitaminas A, C e D, betacaroteno, zinco, aumento de ferro nos hepatócitos (PRADO, 2003) e deficiência de vitaminas do complexo B (especialmente ácido fólico, B1/tiamina e B12) são observadas.

Na pele, há uma propensão à psoríase, ao eczema discoide e às infecções por *tinea pedis* e pitiríase versicolor (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

Síndrome de Abstinência

A Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) é responsável por um aumento significativo na morbidade e mortalidade asso-

ciadas ao consumo de álcool e é um dos critérios diagnósticos da síndrome de dependência do álcool. Caracteriza-se por sinais e sintomas decorrentes de uma interrupção total ou parcial do uso de bebidas alcoólicas em dependentes que apresentam um consumo prévio significativo (MACIEL; KERR-CORRÊA, 2004).

A Síndrome de Abstinência pode ser classificada como (LARANJEIRA et. al., 2000):

Nível I – Quando o comprometimento é leve/moderado e, portanto, apresenta uma síndrome de abstinência leve/moderada, compreendendo os seguintes aspectos:

- **Biológicos:** leve agitação psicomotora; tremores finos de extremidades; sudorese facial discreta; episódios de cefaleia; náuseas sem vômitos; sensibilidade visual, sem alteração da percepção auditiva e tátil.
- **Psicológicos:** o contato com o profissional de saúde está íntegro; o paciente encontra-se orientado no tempo e no espaço; o juízo crítico da realidade está mantido; apresenta uma ansiedade leve; sem relato de episódio de violência auto ou heterodirigida.
- **Sociais:** mora com familiares ou amigos e essa convivência está regular ou boa; sua atividade produtiva vem sendo desenvolvida, mesmo que atualmente esteja desempregado/afastado; a rede social está mantida.
- **Comórbidos:** sem complicações e/ou comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas graves detectadas no exame clínico-psiquiátrico geral.

Nível II – Quando o comprometimento é grave e, portanto, apresenta uma síndrome de abstinência grave, com os seguintes aspectos:

- **Biológicos:** agitação psicomotora intensa; tremores generalizados; sudorese profusa; cefaleia; náuseas com vômitos; sensibilidade visual intensa; quadros epileptiformes agudos ou relatados na história pregressa.
- **Psicológicos:** o contato com o profissional de saúde está prejudicado; o paciente encontra-se desorientado no tempo e no espaço; o juízo crítico da realidade está comprometido; apresenta-se com uma ansiedade intensa; refere história de violência auto ou heterodirigida; o pensamento está descontínuo, rápido e de conteúdo desagradável e delirante; observam-se alucinações auditivas, táteis ou visuais.
- **Sociais:** o relacionamento com familiares ou amigos está ruim; tem estado desempregado, sem desenvolver qualquer atividade produtiva; a rede social de apoio é inexistente ou restrita ao ritual de uso do álcool; não possui familiares auxiliando no tratamento.
- **Comórbidos:** com complicações e/ou comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas graves detectadas no exame geral.

As principais condições clínicas a serem consideradas como diagnóstico diferencial da SAA são: infecções (pneumonia, meningite, encefalite), traumatismo crânio-encefálico, hematoma subdural, encefalopatia hepática, má nutrição, efeitos adversos de outros medicamentos e doença mental prévia. Com convulsões: tumor, alterações minerais ou hidroeletrólíticas, traumatismo craniano. Com *Delirium Tremens* (DT): outras causas de *delirium*.

Entre as *complicações cardiovasculares*, destacam-se a miocardiopatia alcoólica, devido a um efeito tóxico do álcool sobre o miocárdio, arritmias (fibrilação atrial – arritmia mais comum associada ao uso de álcool) e taquicardia ventricular (PRADO, 2003).

No *sistema musculoesquelético*, há redução da proliferação de osteoblastos e aumento da atividade dos osteoclastos, com taxa aumentada de osteopenia, osteoporose, fraturas e necrose avascular. *Deficit* nutricionais agravam os casos. Há ainda crises de gota por aumento do depósito de ácido úrico nas articulações. A cerveja tem especial propensão a provocar este quadro devido ao alto teor de purinas. Rabdomiólise aguda com mioglobinúria, dano renal e hipercalemia ocorrem em menos de 5 % dos que abusam de álcool; porém, 60 % deles apresentam miopatia alcoólica crônica com fraqueza nos músculos proximais, dor e marcha anormal com hipotrofia das cinturas escapular e pélvica (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

No *sistema imunológico*, o álcool interfere na locomoção dos neutrófilos. A imunodeficiência aumenta a susceptibilidade para: pneumonias por *Streptococcus* e *Klebsiella pneumoniae*, tuberculose, hepatites B e C, infecção pelo HIV, peritonite por Gram-negativas, meningites. Estudos sugerem que o álcool altera o balanço entre as respostas protetoras e destrutivas do sistema imunológico, particularmente no fígado, sendo esta a principal razão dos prejuízos hepáticos induzidos pelo álcool (PRADO, 2003).

No *sistema hematológico*, há uma propensão à anemia decorrente de desnutrição, perda crônica de sangue, hepatopatias, disabsorção, infecções crônicas e efeito tóxico direto do álcool na medula. Há macrocitose por deficiência de B12 ou ácido fólico ou ainda por efeito tóxico direto do álcool nas hemácias. A neutropenia ocorre por efeito tóxico do álcool na medula ou por deficiência de ácido fólico. Também ocorre a trombocitopenia (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

Nas *complicações endócrinas* e do *sistema reprodutivo*, destacam-se os homens, que têm redução dos níveis de testosterona por efeito tóxico nas células de Leydig, onde esse hormônio é produzido. As mulheres apresentam alterações no ciclo menstrual (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

No *sistema nervoso*, o risco de convulsões ligadas à abstinência alcoólica ocorre entre 5 e 15 % dos pacientes. São fatores predisponentes a hipocalemia, a hipomagnesemia, história prévia de convulsões e epilepsia associada (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005), além da deficiência de piridoxina (COOK; HALLWOOD; THOMSON, 1998). As lesões crônicas no sistema nervoso são:

- *Neuropatia sensório-motora* – é detectável em até 10 % dos pacientes (dor, formigamento, câimbras nos MMII – Membros Inferiores). Acredita-se ser derivada da carência de vitaminas B, em especial tiamina e ácido fólico (COOK, 1998), e por efeito tóxico do álcool. Tem progressão proximal e simétrica (tipo luva e meia) (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).
- *Degeneração cerebelar alcoólica* – ocorre por carência de B1/tiamina (COOK; HALLWOOD; THOMSON, 1998) e talvez pelo efeito tóxico do álcool. A abstinência e a reposição de B1 podem estabilizar o quadro, mas em geral as sequelas são irreversíveis (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).
- *Mielinólise pontinha central* – degeneração da substância branca do tronco cerebral com entorpecimento pseudo-bulbar e espástico ou quadraplegia flácida, que evolui para coma e morte. Também ocorre em doenças hepáticas malignas, IRC, na rápida correção da hiponatremia e na hipocalemia (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).
- *Doença de Marchiafava-Bignami* – raro distúrbio do corpo caloso e substância branca adjacente. Pode ser aguda, com agitação ou apatia, alucinações, convulsões e coma; ou insidiosa, com demência, espasticidade, disartria e incapacidade de andar. Geralmente o diagnóstico é *post mortem* (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).
- *Síndrome de Wernicke-Korsakoff* – lesão encefálica pe-

riventricular e periaquedutal por deficiência de B1/tiamina (*encefalopatia de Wernicke*: tríade confusão, ataxia, distúrbios visuais; *síndrome amnésica de Korsakoff*: geralmente ocorre após episódio de encefalopatia de Wernicke, sua principal característica é a perda da memória recente e, normalmente, também ocorre alguma amnésia retrógrada) (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005). A Síndrome de Wernicke-Korsakoff é uma síndrome comumente associada à dependência de álcool e, em alguns casos, a alguns tipos de câncer, hiperêmese gravídica, obstrução de intestino delgado, anorexia nervosa e gastropastia (MACIEL; KERR-CORRÊA, 2004).

- *Ambliopia álcool-tabágica* – embaçamento visual bilateral gradual, às vezes dificuldade de distinguir verde de vermelho e escotoma central com campo periférico normal. Tratamento com reposição de B1/tiamina e vitaminas do complexo B, principalmente B12 (COOK; HALLWOOD; THOMSON, 1998; EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

Algumas áreas do SNC são particularmente sensíveis ao álcool, como o córtex frontal e o sistema límbico, desencadeando distúrbios no controle emocional, na atenção, na memória, na habilidade para resolver problemas, além de dificuldades de planejamento e organização e raciocínio abstrato (PRADO, 2003).

Devido ao consumo elevado de álcool, também têm a sua incidência aumentada os seguintes tumores cancerígenos: mama (precocemente), cabeça e pescoço (boca, faringe, laringe e esôfago) e tumores hepáticos (PRADO, 2003; EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

Comorbidades Psiquiátricas Associadas ao Álcool

As comorbidades psiquiátricas mais comuns associadas ao alcoolismo são: depressão, ansiedade, transtorno afetivo bipolar (TAB), transtorno de personalidade, transtornos alimentares, esquizofrenia, experiência alucinatória transitória, *delirium tremens* (*delirium*, alucinações e ilusões, tremores, medo, delírios paranoides, agitação, sudorese), alucinose alcoólica, transtorno psicótico induzido pelo álcool, *blackouts* (LARANJEIRA et al., 2000; EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

Além dos problemas físicos já mencionados, deve-se ter em mente outras causas de morbidade e problemas socioeconômicos causados pelo consumo do álcool, como acidentes de trabalho, absenteísmo ao trabalho, acidentes de trânsito, quedas com traumatismos, desestruturação familiar, aumento da violência doméstica (PRADO, 2003; SUPERA, 2006).

TABACO

Comorbidades Clínicas Associadas ao Tabaco

O tabagismo é uma doença crônica de dependência à nicotina, caracterizando-se pela inalação da fumaça proveniente da combustão do tabaco contido nos cigarros. Inicialmente, o consumo de cigarros pode ser eventual, mas, com a continuidade, em prazo variável e conforme fatores individuais, leva o indivíduo à dependência da nicotina com variados graus de intensidade (PORTO, 1991). Como outras substâncias de dependência, a nicotina gera sensações prazerosas e sua ausência proporciona manifestações desagradáveis – a síndrome de abstinência. No período inicial da cessação, podem ocorrer ansiedade e outras manifestações desconfortáveis (CORRÊA DA SILVA, 2012).

Uma vez atingindo a corrente sanguínea, a nicotina é distribuída pelo organismo, ultrapassando com facilidade as membranas celulares e chegando a todos os tecidos. Sua eliminação é rápida (meia-vida entre 90 e 120 minutos), sobretudo por via metabólica, transformando-se em cotinina e nicotina N-óxido; 10 % da nicotina é excretada diretamente pela urina. A fumaça resultante da combustão do tabaco do cigarro é formada por um componente gasoso e um componente particulado, contendo quase 5 mil substâncias químicas. Cada cigarro produz de 3 a 40 mg de alcatrão – fase particulada. Nesse componente incluem-se inúmeras substâncias químicas altamente cancerígenas, como o benzopireno. O monóxido de carbono (CO) encontra-se na fase gasosa, ligando-se fortemente à hemoglobina e impedindo o transporte de oxigênio (BENOWITZ; JACOB, 1994).

Doenças relacionadas ao tabagismo

Cerca de 30 % dos casos de câncer são causados pelo tabaco, direta ou indiretamente. Cânceres de pulmão, cavidade oral, faringe, laringe e esôfago estão entre os casos diretamente ligados ao tabagismo. Indiretamente ligados, estão os cânceres de bexiga, rins e pâncreas (FERREIRA, 2010).

Outras patologias relacionadas ao cigarro são a bronquite crônica, enfisema, asma, tuberculose pulmonar, pneumonia, além dos casos de doenças cardiovasculares, como as arteriopatias periféricas, aneurisma de aorta, miocardiopatia isquêmica, hipertensão arterial sistêmica, degeneração miocárdica, doença cardiopulmonar, aterosclerose e doenças cerebrovasculares (FERREIRA, 2010).

Doenças agravadas pelo tabagismo

Algumas das principais doenças agravadas pelo tabagismo são: câncer de lábio e nariz, câncer de estômago, câncer da pelve e corpo renal, doença de Crohn, osteoporose, periodontite, ambliopia tabágica, leucemia mieloide, fecundidade reduzida. Mulheres que fumam têm 70 % mais chance de sofrerem aborto espontâneo, 40 % mais risco de parto prematuro e nascimento de bebês de baixo peso. Filhos de fumantes são constantemente expostos à fumaça do cigarro, com maior risco de agravamento de alergias e desenvolvimento de infecções respiratórias (SUPERA, 2006).

Síndrome de dependência à nicotina

Os fumantes alegam diversos motivos para fumar, como a melhora do desempenho cognitivo e do humor, a diminuição da ansiedade ou da depressão e o controle do peso. Com o tempo, esses efeitos não são mais atingidos com a mesma dose, sendo necessário o aumento da quantidade de nicotina inalada. Assim, passam a fumar um maior número de cigarros e a aproveitar ao máximo cada um, para obter os mesmos resultados que antes conseguiam com doses menores, efeito conhecido como fenômeno da tolerância (CORRÊA DA SILVA, 2012).

A nicotina é uma substância psicoativa capaz de induzir euforia e sensação de bem-estar, sendo esse efeito dependente do rápido aumento de sua concentração em receptores cerebrais após cada inalação da fumaça de cigarros. Um dos efeitos bioquímicos mais importantes é a liberação de dopamina, que produz estado euforizante, prazeroso, e sensação de gratificação – um dos principais componentes do processo da dependência (CORRÊA DA SILVA, 2012).

Fatores genéticos podem facilitar a instalação do processo da dependência e fatores ambientais, psicológicos, comportamen-

tais e socioculturais também estão associados ao desenvolvimento da dependência (PRADO, 2003). Um dado isolado já permite confirmar a existência da dependência: fumar logo ao acordar. Se isso acontece, demonstra o estado de privação de nicotina ocorrido durante a noite, difícil de suportar após o acordar. Também é caracterizada a dependência da nicotina quando o fumante nunca tentou parar de fumar, porque só o ato de pensar em viver sem cigarros causa-lhe péssima sensação, mesmo tendo consciência dos danos causados pelo tabagismo (PORTO, 1991).

COCAÍNA/*CRACK*

Comorbidades Clínicas Associadas à Cocaína/*Crack*

A cocaína em diferentes estágios causa efeitos opostos no sistema cardiovascular: inicialmente, tem efeito estimulante, e, mais tardiamente, efeito inibitório. Os efeitos potencializadores da cocaína sobre o sistema cardiovascular são decorrentes de sua ação agonista central sobre as monoaminas e também por uma sensibilização ao efeito das mesmas, que resulta em: aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, elevação da contratilidade miocárdica, aumento do potencial de relaxamento cardíaco e vasoconstricção coronariana (MARAJ; FIGUEREDO; MORRIS, 2010; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010). O poliuso de substâncias é comum em usuários de *crack* e aumenta a probabilidade de acidentes e complicações (SMITH et al., 2011).

A ação inibitória compreende redução da contração cardíaca e do potencial de relaxamento cardíaco, redução da fração de ejeção e aumento da vasodilatação. As principais complicações cardiovasculares são: isquemia miocárdica e infarto agudo do miocárdio, cardiomiopatia (dilatação e disfunção de ventrículo esquerdo) e miocardite, arritmias, endocardite, disseção de aorta (MARAJ; FIGUEREDO; MORRIS, 2010; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

A presença de misturas e adulterantes constitui-se em risco adicional (WIEGAND, 2010). O padrão de consumo intenso e compulsivo está relacionado a índices mais elevados de violência quando comparados aos usuários de cocaína inalada. Acidentes e homicídios podem ser considerados complicações do consumo desta droga. Lesões térmicas em lábios e ponta dos dedos são comuns. Já a overdose acomete menos frequentemente usuários de *crack* que usuários de cocaína utilizada por outras vias, mas ainda não está claro o porquê disso (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

As *complicações respiratórias* incluem lesões térmicas e químicas das vias aéreas, exacerbação da asma, infiltrados pulmonares com eosinofilia, bronquiolite obliterante, hemorragia pulmonar, edema pulmonar, pulmão de *crack*, pneumomediastino, pneumotórax, pneumopericárdio, enfisema subcutâneo, hipertensão pulmonar, infarto pulmonar, linfadenomegalias, susceptibilidade a infecções (BOGHDADI; HENNING, 1997; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

Entre as *complicações neurológicas* estão cefaleias, crises convulsivas, doença cerebrovascular, atrofia cerebral, vasculite cerebral e transtornos do movimento (BOGHDADI; HENNING, 1997; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

Já as principais *complicações gastrointestinais* são: ulceração/perfuração gastroduodenal, pneumoperitônio, colite e infarto enteromesentérico (BOGHDADI; HENNING, 1997; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

No *sistema renal*, pode levar à insuficiência renal aguda (IRA), após rabdomiólise, e infarto isquêmico renal. E, cronicamente, piora as lesões vasculares decorrentes de hipertensão arterial sistêmica essencial ou causadas pelo consumo do psicoestimulante (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

As complicações materno-fetais mais comuns são: parto prematuro, placenta prévia, ruptura prematura de membranas, diminuição da perfusão uteroplacentária, sofrimento fetal, taquicardia fetal, hipertensão arterial fetal, morte fetal. As com-

plicações neonatais são: irritabilidade, síndrome de abstinência, isquemia e infarto miocárdico (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

Complicações Psiquiátricas da Cocaína/Crack

A *depressão* e a *ansiedade* são as comorbidades psiquiátricas mais recorrentes do uso de cocaína e *crack*. Transtornos de personalidade e esquizofreniforme também são observados. O poliuso de substâncias é comum. O uso de álcool durante o consumo de cocaína gera o cocaetileno, um metabólito ativo que atua de modo mais intenso e duradouro sobre o sistema de recompensa e possui toxicidade superior à cocaína, em especial para o fígado e para o coração (LIZASOAIN; MORO; LORENZO, 2002; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

BENZODIAZEPÍNICOS

Comorbidades Clínicas Associadas aos Benzodiazepínicos

Os *benzodiazepínicos* (BZDs) são fármacos com propriedades sedativas, ansiolíticas, hipnóticas, amnésticas, antiepiléticas e de relaxamento muscular, prescritos para diversas patologias psiquiátricas, entre elas ansiedade generalizada, fobia social, transtorno de pânico, transtornos do sono. Também são utilizados no tratamento para a desintoxicação de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (Atod) e como coadjuvantes no tratamento dos transtornos de humor e transtornos psicóticos. Ainda podem ser prescritos para casos de epilepsia, bem como na necessidade de relaxamento muscular, inclusive tétano (SORDI; RODRIGUEZ; KESSLER, 2011; CHARLSON et al., 2009).

Estes fármacos foram desenvolvidos na década de 1960, em um primeiro momento devido à necessidade de medicações ansiolíticas mais seguras do que os barbitúricos; hoje, estão entre

os fármacos mais prescritos no mundo. Vale destacar que existem vários tipos de BZDs que tem uma aparente equivalência de eficácia, todavia suas características farmacológicas implicarão na prática clínica (SORDI; RODRIGUEZ; KESSLER, 2011).

Há mais de 50 anos o potencial de abuso dessa classe de psicofármacos foi reconhecido. Segundo estimativas, 50 milhões de pessoas no mundo usam diariamente os BZDs, em sua maioria mulheres acima de 50 anos com quadro de doenças crônicas (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2002).

Intoxicação

São raros os casos de intoxicação por BDZs em relação à frequência de uso desses psicofármacos. Os casos de óbitos foram atrelados ao uso concomitante de outras substâncias, entre elas o álcool, os antidepressivos tricíclicos e os barbitúricos. A depressão do sistema nervoso central (SNC), que leva à sonolência, ao relaxamento muscular intenso, à diminuição dos reflexos e à confusão mental, é o sintoma que caracteriza a intoxicação. Por não serem esses sintomas detectados na urina em testes comuns de *screening*, demandam-se exames de urina mais específicos. Isso acontece pois sua farmacocinética pode ser alterada por uma série de fatores, por exemplo, a quantidade de droga ingerida, a idade e o peso do paciente (CORDIOLI, 2005; CHAVES; DEMETRIO; ALVARENGA, 2008).

Nos casos de intoxicação pelos BZDs, é preconizado o atendimento de emergência, sendo as funções vitais do usuário monitoradas com oferta de medidas de suporte gerais, como a hidratação e a manutenção das vias aéreas e o esvaziamento gástrico, quando possível. O flumazenil – um antagonista não competitivo dos receptores BZDs, que se liga ao receptor GABAérgico, deslocando-o do receptor e ocupando seu lugar – é o medicamento indicado para esses casos, pois interrompe os sintomas ocasionados pela intoxicação, não provoca sedação e

nem sonolência. Sua administração deve ser pela via endovenosa (SORDI; RODRIGUEZ; KESSLER, 2011).

Ressalta-se que há controvérsias quanto ao uso do flumazenil nessas situações, pois ele pode precipitar quadros convulsivos pela abstinência da ação do BZD em usuários que desenvolveram tolerância ao medicamento. Sendo assim, deve ser utilizado somente em situações graves ou quando não existir outro método diagnóstico mais indicado para saber a origem da intoxicação (SORDI; RODRIGUEZ; KESSLER, 2011).

Consumo Crônico

De acordo com a literatura, os BZDs devem ser usados por um curto período de tempo, todavia, o que observamos é o uso contínuo, que vai além de uma indicação clínica bem definida e por um tempo de tratamento indeterminado. Devido aos riscos de abuso e dependência destes medicamentos, sua utilização deve ser norteada pela administração das menores doses terapêuticas e pelo menor período de tempo possível (XAVIER, 2010).

Os usuários deste tipo de psicotrópico que passam a fazer o seu uso abusivo, geralmente o fazem para lidar com situações de estresse, acreditando que o fármaco resolverá os problemas cotidianos ou simplesmente por seus efeitos agradáveis, como a euforia, a excitação e uma maior motivação para realizar as atividades cotidianas (XAVIER, 2010).

O potencial de abuso dos BZDs desencadeando a síndrome de dependência é um fenômeno clínico recente, somente a partir de meados dos anos 70 – quando os primeiros estudos clínicos evidenciaram o desenvolvimento de dependência e sintomas de abstinência em doses terapêuticas – que se passou a considerar o risco de Benzodiazepínicos induzirem o paciente ao abuso e à

dependência. Mesmo assim, durante algum tempo considerava-se a própria dependência uma complicação rara (LARANJEIRA; CASTRO, 2000, p. 3).

Quando a intolerância dos efeitos supramencionados se instala, os usuários tendem a procurar os médicos tentando persuadi-los à prescrição dos BZDs ou então buscam o acesso aos fármacos desse grupo de forma ilegal. Esses usuários podem ser classificados em quatro tipos principais (LARANJEIRA; CASTRO, 2000):

a) Usuários médicos: quando os usuários que fazem parte deste grupo são medicados com benzodiazepínicos por indicação médica, como é o caso dos pacientes portadores de doenças músculo-esqueléticas (por ex., espasmos musculares) e neurológicas (por ex., epilepsia). Os usuários médicos raramente desenvolvem abuso ou dependência dos benzodiazepínicos, quando comparados aqueles com insônia ou estados ansiosos. Uma possível explicação para esta observação clínica é a menor prevalência de características de personalidade e sintomas psiquiátricos entre os pacientes que são medicados por razões médicas. Além disso, existe muita controvérsia se a prescrição de benzodiazepínicos para determinadas condições médicas, particularmente as doenças músculo-esqueléticas, é efetiva (LARANJEIRA; CASTRO, 2000, p. 4).

b) Usuários diurnos (*daytime users*): quando os usuários deste grupo fazem uso de benzodiazepínicos por indicações psiquiátricas, tais como ansiedade crônica (por ex., transtornos fóbicos). Clinicamente, os pacientes caracterizam-se por serem mais jovens, não manifestando doenças físicas e uso dos benzodiazepínicos por curto período de tempo. Supõe-se que um forte preditor de uso prolongado de benzodiazepínico entre estes pacientes é a gravidade dos transtornos psiquiátricos no início do tratamento (LARANJEIRA; CASTRO, 2000, p. 4).

c) Usuários noturnos (*night-time users*): quando os usuários deste grupo caracterizam-se pela presença de alterações crônicas do sono. Estima-se que 15 % dos idosos fazem uso de algum hipnótico para tratarem as queixas de insônia. É o grupo predominante dentre os quatro tipos de usuários de benzodiazepínicos. Os pacientes caracterizam-se por serem idosos, predominantemente do sexo feminino, sendo comum a presença de doenças físicas e estados depressivos crônicos. Além disso, costumam tomar baixas doses dos benzodiazepínicos. São os usuários de benzodiazepínicos que mais relutam em tratar-se, quando desenvolvem dependência. Entretanto, quando proporciona-se alguma intervenção psicossocial (por ex., aconselhamento; terapia de relaxamento) aos pacientes, estes costumam aceitar o tratamento para descontinuar ou reduzir o uso de benzodiazepínico (LARANJEIRA; CASTRO, 2000, p. 5).

d) Poli-usuários de drogas: quando os usuários compreendem um pequeno grupo de pacientes, que fazem abuso caótico e ilícito de outras drogas de abuso (por ex., opióides; psicoestimulantes). Esses usuários de benzodiazepínicos caracterizam-se pelos seguintes dados clínicos: a) Pacientes mais jovens; b) Uso de altas doses diárias de benzodiazepínicos; c) Maior exposição aos benzodiazepínicos; d) Presença de vários problemas psicossociais e médicos causados pelo abuso de drogas ilícitas. Muitas vezes a desintoxicação desses pacientes deve ser realizada numa unidade hospitalar, devido ao abuso concomitante de várias drogas. Possivelmente, serão melhor tratados em unidades de dependência química (LARANJEIRA; CASTRO, 2000, p. 5).

Até hoje os BZDs constituem uma das classes farmacológicas com maior índice terapêutico. Sua eficácia como ansiolítico e hipnótico, bem como a sua margem de segurança e com raros casos de morte de overdose, está associada à popularidade al-

cançada por esses fármacos pela classe médica e entre a população leiga (XAVIER, 2010).

Síndrome de abstinência

O quadro de síndrome de abstinência por BZDs se dá pelo surgimento de novos sintomas com a diminuição ou a retirada abrupta da dose da medicação, especialmente após o uso prolongado. Esta síndrome é caracterizada por um conjunto de sintomas físicos (tremores, sudoreses, palpitações, letargia, náuseas, vômitos, anorexia, sintomas gripais, cefaleia e dores musculares) e psíquicos (insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração, inquietação, agitação, pesadelos, disforia, prejuízo da memória, despersonalização/desrealização e, em situações mais graves, crises convulsivas e alucinação). Acontece por volta de 2 a 3 dias depois da retirada do medicamento de meia-vida curta, podendo permanecer por um período maior, de até 10 dias, na retirada de um meia-vida longa. Aproximadamente 50 % dos indivíduos que fazem uso de BDZs por mais de 12 meses desenvolvem sintomas de abstinência (SORDI; RODRIGUEZ; KESSLER, 2011; NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2002).

Complicações Clínicas

Os benzodiazepínicos podem ser administrados tanto pela via oral quanto pela via intramuscular (IM), tendo a via hepática como principal via de metabolização. No fígado, esses psicofármacos são em grande parte metabolizados pelas enzimas CYP2C19 e CYP3A4. Logo, deve-se ter cuidado redobrado na sua utilização em pacientes idosos ou com prejuízo na função desse órgão (SORDI; RODRIGUEZ; KESSLER, 2011).

Entre os diversos efeitos desencadeados pelos BZDs estão o prejuízo dos processos de aprendizagem e de memória, do de-

sempenho psicomotor, prejudicando atividades como dirigir automóveis e outras que exijam reflexo, além da dependência fisiológica, comportamental e psicológica (LARANJEIRA; CASTRO, 2000; XAVIER, 2010; NICASTRI, 2010).

Complicações Psiquiátricas

Os BZDs podem causar efeitos colaterais. A literatura científica mostra que quando esses psicofármacos são administrados imediatamente após eventos traumáticos podem predispor ao desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático, sendo contraindicados nessas situações. Supõe-se que os BZDs poderiam reforçar a consolidação da memória de situações traumáticas prévias à administração do fármaco (SORDI; RODRIGUEZ; KESSLER, 2011).

MACONHA

Comorbidades Clínicas Associadas à Maconha

A *maconha*, nome dado no Brasil à *Cannabis sativa* (cânhamo), é a droga ilícita mais utilizada na maioria dos países. Maconha refere-se às folhas superiores, às pontas das florescências e aos caules da planta; o haxixe é a resina extraída das folhas da planta fêmea. Ao longo da história, e em diferentes culturas, a maconha tem sido utilizada como fornecedora de fibras, como alimento, para fins religiosos ou recreativos, bem como medicamento. Sua eficácia foi estudada para o alívio de náusea e vômito associados à quimioterapia contra o câncer e no combate à anorexia e à perda de peso em casos de Aids (NICASTRI, 2010; ZUARDI; CRIPPA, 2011; VIDEBECK, 2012).

Tornou-se bastante conhecida em razão de sua resina psicoativa, que contém mais de 60 substâncias, chamadas canabinoides; acredita-se que entre essas substâncias a responsável pela maior parte dos efeitos psicoativos seja o delta-9-tetrahi-

drocanabinol. Pode ser fumada (“bagulho”) ou ingerida. O uso dessa droga tem sido estimulado ou condenado, dependendo do período histórico, do contexto ou do segmento populacional (NICASTRI, 2010; ZUARDI, CRIPPA, 2011; VIDEBECK, 2012).

Intoxicação

A maconha começa a agir em menos de um minuto após a inalação e o pico de seus efeitos costuma ocorrer em 20 a 30 minutos, com duração de pelo menos 2 a 3 horas. As pessoas que fazem uso relatam sensação de euforia similar àquela obtida com o álcool, com diminuição de inibições, relaxamento, euforia e apetite aumentado. Como sintomas de intoxicação, seus usuários podem apresentar coordenação motora prejudicada, riso desenfreado, prejuízo do julgamento e da memória de curto prazo, distorções do tempo e sensopercepção (visuais e táteis), sintomas paranoides e ataques de pânico. Ainda podem ocorrer em alguns usuários ansiedade, disforia e retraimento social. Sobre os efeitos fisiológicos, além do aumento do apetite, pode haver injeção conjuntival (olhos injetados de sangue), boca seca, hipotensão e taquicardia. Seu uso em excesso pode produzir *delirium* ou, em casos raros, transtorno psicótico induzido pela droga. De acordo com a literatura, não ocorrem overdoses de *Cannabis* (NEGRÃO, ALVARENGA, ANDRADE, 2008; VIDEBECK, 2012).

Consumo Crônico

O uso frequente da maconha interfere na capacidade de aprendizado e memória. Por vezes, induz a diminuição da motivação, que pode evoluir para a síndrome amotivacional, em que o usuário não sente vontade de fazer mais nada e tudo parece ficar sem graça, perdendo a importância. Também são comuns problemas respiratórios, tendo em vista que a fumaça produzida por esse psicotrópico tem alto teor de alcatrão (maior que no

caso do tabaco) e contém benzopireno (um conhecido agente cancerígeno). Ainda pode ocorrer a queda de 50 % a 60 % da produção de testosterona em homens, levando em alguns casos à infertilidade (NICASTRI, 2010).

Síndrome de Abstinência

Apesar de algumas pessoas relatarem sintomas de abstinência, como dores musculares, sudorese, ansiedade e tremores, não foi identificada uma síndrome de abstinência significativa do ponto de vista clínico (LEHNE, 2007).

Complicações Clínicas

Quando a maconha é fumada, assim como o tabaco, libera algumas substâncias, todavia estas são mais particuladas e cancerígenas. Os efeitos do uso crônico são bem conhecidos e entre as alterações estão presentes as inflamatórias no trato respiratório, como bronquite crônica, dispneia e produção de secreção infectada. Apesar disso, a relação da maconha com a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e com o câncer ainda é inconclusiva. Também têm sido estudados os efeitos dos canabinoides nos sistemas imune e reprodutivo, bem como no desenvolvimento de crianças cujas mães fizeram uso no período gestacional (ZUARDI, CRIPPA, 2011).

Complicações Psiquiátricas

Os principais transtornos psiquiátricos relacionados ao uso da maconha são a esquizofrenia e o Transtorno de *Deficit* de Atenção e Hiperatividade (TDAH), bem como o desencadeamento de quadros psicóticos em pessoas predispostas (NEGRÃO, ALVARENGA, ANDRADE, 2008; OLIVEIRA, SANTOS, 2012). De acordo com a literatura, até 50 % dos indivíduos que são diag-

nosticados com transtornos de esquizofrenia preenchem os critérios diagnósticos para dependência química. Tal quadro piora o prognóstico e apresenta efeito negativo sobre a qualidade e a expectativa de vida dos pacientes (SCHMIDT; HESSE; LYKKE, 2011). Do mesmo modo, os indivíduos com TDAH estão mais vulneráveis para o uso da maconha. O paciente com transtorno de personalidade em conjunto com o TDAH apresenta um quadro para um pior prognóstico psiquiátrico (LOOBY, 2008).

CONCLUSÃO

O estudo das comorbidades clínicas e psiquiátricas possibilita uma atenção mais qualificada pelos profissionais que atuam na atenção básica e em outros serviços de atenção à saúde, permitindo, desta forma, uma atenção mais precoce a todos os agravos associados ao abuso e dependência de substâncias psicoativas no âmbito da comunidade.

REFERÊNCIAS

ALVES, H.; KESSLER, F.; RATTO, L. R. C. Comorbidades: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 51-53, 2004.

BABOR, T. et al. **Alcohol**: no ordinary commodity – research and public policy. 2. ed. Oxford: Oxford Scholarship Online, 2010.

BENOWITZ N. L.; JACOB. P. Metabolism of nicotine to cotinine studied by a dual stable isotope method. **Clin. Pharmacol. Ther.**, San Francisco, v. 56, n. 5, p. 483-493. 1994. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7955812>>. Acesso em: 02 jun. 2012.

BOGHDADI, M. S.; HENNING, R. J. Cocaine: pathophysiology and clinical toxicology. **Heart Lung**, Philadelphia, v. 26, n. 6, p. 466-483, 1997.

CANAWAY, R; MERKES, M. Barriers to comorbidity service delivery: the complexities of dual diagnosis and the need to agree on terminology and conceptual frameworks. **Aust Health Rev**, v. 34, n. 3, p. 262-268, 2010.

CHARLSON, F. et al. A systematic review of research examining benzodiasepine-related mortality. **Pharmacoepidemiol Drug Saf**, v. 18, n. 2, p. 93-103, 2009.

CHAVES, A. V.; DEMETRIO, F. N.; ALVARENGA, P. G. Psicofarmacologia. In: ALVARENGA, P. G.; ANDRADE, A. G. (Orgs.). **Fundamento de Psiquiatria**. Barueri: Manole, 2008. p. 548-560.

COOK, C. C.; HALLWOOD, P. M.; THOMSON, A. D. B vitamin deficiency and neuropsychiatric syndromes in alcohol misuse. **Alcohol Alcohol**, v. 33, n. 4, p. 317-336, 1998.

CORDEIRO, D. C.; DIEHL, A. Comorbidades psiquiátricas. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 106-18.

CORDIOLI, A. V. (Org.). **Psicofármacos: consulta rápida**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 102-5, 352-5.

CORRÊA DA SILVA, L. C. (Org.). **Tabagismo: doença que tem tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

CUNHA, P. J.; NOVAES, M. A. Avaliação neurocognitiva no abuso e dependência do álcool: implicações para o tratamento. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 23-27, 2004.

DIEHL, A; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Tratamentos farmacológicos para dependência química: da evidência científica à prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DIEHL, A.; SOUZA, P. M. Principais comorbidades associadas ao transtorno por uso de substâncias. In: ZANELATTO, N. A.;

LARANJEIRA, R. **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais**: um guia para terapeutas. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 73-92.

EDWARDS, G.; MARSHALL, E. J.; COOK, C. C. H. **O tratamento do alcoolismo**: um guia para profissionais de saúde. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

FERREIRA, M. P. Tabaco. In: SEIBEL, S. D. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2010. p. 187-200.

GADELHA, A. M. J. et al. **Relatório final do projeto Estimativa da Carga de Doença do Brasil – 1998**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz-FENSPTEC, 2002.

LANGÅS, A. M.; MALT, U. F; OPJORDSMOEN, S. Comorbid mental disorders in substance users from a single catchment area – a clinical study. **BMC Psychiatry**, v. 11, n. 25, 2011.

LARANJEIRA, R.; CASTRO, L. A. P. G. **Dependência de benzodiazepínicos**. 2000. Unifesp. Disponível em: <<http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/publicacoes/outras%20drogas/Potencial%20de%20Abuso%20de%20Benzodiazepinicos.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2013.

LARANJEIRA, R. et al. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Alcool (SAA) e o seu tratamento. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 62-71, 2000.

LEHNE, R. A. **Pharmacology for nursing care**. 6. ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 2007.

LIZASOAIN, I.; MORO, M. A.; LORENZO, P. Cocaína: aspectos farmacológicos. **Adicciones**, Barcelona, v. 14, n. 1, p. 57-64, 2002.

LOOBY, A. Childhood attention deficit hyperactivity disorder and the development of substance use disorders: valid concern or exaggeration? **Addictive Behaviors**, v. 33, n. 3, p. 451-463, 2008.

MACIEL, C.; KERR-CORRÊA, F. Complicações psiquiátricas do uso crônico do álcool: síndrome de abstinência e outras doenças psiquiátricas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, n. 26, n. 1, p. 47-50, 2004.

MARAJ, S.; FIGUEREDO, V. M.; MORRIS, D. L. Cocaine and the heart. **Clinical Cardiology**, v. 33, n. 5, p. 264-269, 2010.

MCCOY, C. B. et al. Injection drug use and crack cocaine smoking: independent and dual risk behaviors for HIV infection. **Ann Epidemiol**, Kidlington, v. 14, n. 8, p. 535-542, 2004.

MELONI, J. N.; LARANJEIRA, R. The social and health burden of alcohol abuse. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 26, n. 1, p. 7-10, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462004000500003&script=sci_pdf&tlng=pt>. Acesso em: 22 jul. 2013.

MURRAY, C. J. et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet**, v. 380, n. 9.859, p. 2197-223, 2012.

NASTASY, H.; RIBEIRO, M.; MARQUES, A. C. P. R. **Abuso e dependência dos benzodiazepínicos**. São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria, 2002. Disponível em: <http://www.fmb.unesp.br/Home/Departamentos/Neurologia,PsicologiaePsiquiatria/ViverBem/Consenso_benzodiazepinicos.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2013.

NEGRÃO, A. B.; ALVARENGA, P. G.; ANDRADE, A. G. Trans-tornos relacionados ao uso de drogas e substâncias psicoativas. In: ALVARENGA, P. G.; ANDRADE, A. G. (Orgs.). **Fundamento de Psiquiatria**. Barueri: Manole, 2008. p. 227-246.

NICASTRI, S. Drogas: classificação e efeitos no organismo. Unidade I. In: BRASIL. **Prevenção ao uso indevido de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 3. ed. Brasília: Presidên-

cia da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – Senad, 2010. p. 15-38.

OLIVEIRA, R. W. D.; SANTOS, M. V. F. Módulo 4. Avaliação de fatores de risco nas dependências. Unidade 2. Avaliação de comorbidades psiquiátricas e avaliação neurobiológica. In: SIQUEIRA, M. M. et al. **Curso de Aperfeiçoamento em Crack e outras Drogas**: Caderno 2. Vitória: Ufes/CCS/Cepad, 2012. p. 85-92.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde** – 10ª revisão (CID-10). Tradução do Centro Brasileiro de Classificação de Doenças – CBCD. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas** – resumo. Genebra: OMS, 2004. Disponível em: <www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2012.

PORTO, N. S. Diagnóstico e doença. In: CORRÊA DA SILVA, L. C. (Org.). **Compêndio de Pneumologia**. 2. ed. São Paulo: Fundo Editorial Byk, 1991.

PRADO, F. C. **Manual prático de diagnóstico e tratamento**. 21. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003.

PRETI, A. New developments in the pharmacotherapy of cocaine abuse. **Addict Biol**, v. 12, n. 2, p. 133-151, 2007.

REUBEN, A. Alcohol and the liver. **Current Opinion in Gastroenterology**, v. 24, n. 3, p. 328-338, 2008.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **O tratamento do usuário de crack**. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010.

ROVIRA, A.; ALONSO, J.; CÓRDOBA, J. MR imaging findings in hepatic encephalopathy. *American Journal of Neuroradiology*, v. 29, p. 1.612-1.621, 2008.

SCHMIDT, L. M.; HESSE, M.; LYKKE, J. The impact of substance use disorders on the course of schizophrenia – a 15-year follow-up study: dual diagnosis over 15 years. **Schizophrenia Research**, v. 130, n. 1-3, p. 228-233, 2011.

SMITH, G. W. et al. Patterns of polydrug use in Great Britain: findings from a national household population survey. **Drug Alcohol Depend.**, v. 113, n. 2-3, p. 222-228, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20863629>>. Acesso em: 12 fev. 2012.

SORDI, A. O.; RODRIGUEZ, V. C. R.; KESSLER, F. Benzodiazepínicos, hipnóticos e ansiolíticos. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 180-188.

SUPERA. Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento: módulo 2 – efeitos de substâncias psicoativas no organismo**. Brasília: Senad, 2006.

THOMSON, N. C.; CHAUDHURI, R.; LIVINGSTON, E. Asthma and cigarette smoking. **European Respiratory Journal**, v. 24, p. 822-833, 2004. Disponível em: <http://pneumonologia.gr/articlefiles/20070509_asthma&smoking8.pdf>. Acesso em: 26 maio 2012.

VIDEBECK, S. L. Abuso de substância. In: _____. **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 362-385.

WIEGAND, T. J. Adulterated cocaine and lessons learned from the Jake walk blues. **J Med Toxicol**, v. 6, n. 1, p. 63-66, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The global burden of disease**: 2004 update. World Health Organization: Geneva, 2008a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Report on the global tobacco epidemic, 2008**: the MPOWER package. World Health Organization: Geneva, 2008b. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf>. Acesso em: 19 maio 2012.

XAVIER, I. R. **O uso prolongado de benzodiazepínicos e suas complicações**: uma revisão de literatura. 2010. 28p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, UFMG, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2628.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2013.

ZUARDI, A. W.; CRIPPA, J. A. S. Maconha. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **Dependência química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 161-169.



Capítulo 8

Atenção em Rede como Condição para o Tratamento Integral

*Marilene Gonçalves França; Lorena Silveira Cardoso;
Márcio Wagner Camatta; Marluce Mechelli de Siqueira*

INTRODUÇÃO

O conceito ampliado de saúde requer um olhar diferenciado no planejamento, na organização e na implementação das ações do sistema de saúde, uma vez que o sujeito está inserido em um contexto sócio-histórico-cultural e, por isso, demanda inúmeras questões que um serviço de saúde, um atendimento individualizado e curativo não são suficientes para responder.

Assim, a atenção à saúde demanda uma multiplicidade de ações, recursos, profissionais e instituições para satisfazer as necessidades integrais do sujeito. Além disso, sabe-se que as intervenções do setor de saúde são limitadas e restritas, pois exigem que outras esferas estejam envolvidas nessa conjuntura, uma vez que saúde implica em participação de outros setores, como educação, habitação, cultura, etc.

Nesse contexto, a atenção ao sujeito com problemas relacionados às substâncias psicoativas enfrenta inúmeros desafios, desde romper com práticas historicamente institucionalizadoras, preconceituosas e estigmatizantes até o acesso aos serviços de saúde com qualidade e ações que lhe garantam a reinserção social. Desse modo, exige mais do que estratégias pontuais e reducionistas, mas uma atenção diferenciada e integral com o sujeito.

A rede de saúde é uma possibilidade de refletir e responder os diversos desafios que surgem na atenção à saúde dos indivíduos, já que a dinâmica da vida em sociedade exige propostas diferenciadas e singulares para cada situação. Ações planejadas com distintos saberes e olhares podem ser mais efetivas e dar melhores resultados quando pensadas conjuntamente.

Nesse sentido, este capítulo busca discutir uma atenção à saúde em rede que busque a integralidade do cuidado, especialmente de/dos sujeitos que têm problemas relacionados a substâncias psicoativas, a fim de refletir acerca desse tema.

AS CONDIÇÕES DE SAÚDE E OS SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL

As condições de vida em sociedade têm provocado intensas alterações no estado de saúde das pessoas, implicando mudanças significativas nos sistemas de saúde.

De acordo com Mendes (2010), o Brasil enfrenta uma transição demográfica e epidemiológica que reflete nas condições de saúde em sociedade. Apesar da diminuição das taxas de fecundidade, a população brasileira continua crescendo, a expectativa de vida do brasileiro aumentou e o percentual de idosos cresce a cada ano. Decorrentes desses fatores, ocorreram mudanças significativas no quadro de doenças no país, hoje caracterizado pela tripla carga destas – infectocontagiosas; crônicas e seus fatores de risco; violência e causas externas –, que trazem implicações na organização do sistema de saúde (FRENK, 2006).

Nessa nova tendência, percebeu-se que um sistema de saúde fragmentado e voltado prioritariamente para as condições agudas e as agudizações de condições crônicas seria ineficiente e ineficaz, pois não responderia às necessidades da população. Desse modo, a transição da situação de saúde no Brasil, associada aos avanços tecnológicos, científicos e econômicos, provocou também a necessidade de uma mudança no sistema de atenção ao tema (MENDES, 2010, 2011).

Os sistemas de atenção à saúde são definidos como um conjunto de atividades que visam o alcance do nível ótimo de saúde, a proteção aos riscos e o acolhimento aos cidadãos, a provisão de recursos seguros e efetivos e a prestação de serviços eficientes, distribuídos de forma equitativa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). Constituem, segundo Mendes (2012, p. 38), “respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde das populações que se expressam, fundamentalmente, nas situações de saúde”. Assim, os sistemas de saúde devem estar em consonância com as necessidades da população, para responder às suas demandas sociais.

Contudo, não é isso que tem acontecido no Brasil e em todo o mundo. Os sistemas de saúde estão organizados visando responder às condições agudas e aos eventos agudos decorrentes das agudizações das doenças crônicas, enquanto a sociedade demanda respostas ao predomínio das doenças crônicas, mostrando um desencontro na organização dos sistemas, o que Mendes (2012, p. 38) denominou de “Crise contemporânea dos sistemas de saúde”.

Atualmente, os sistemas de saúde são fragmentados, formados por conjuntos de serviços isolados e que não se comunicam entre si, não garantindo a continuidade da atenção à população. Sendo assim, a atenção primária não tem local centralizado, como eixo ordenador da atenção, além disso, os níveis secundários e terciários não se comunicam entre si e com a atenção primária, reafirmando um sistema hierárquico, com foco na atenção médico-hospitalocêntrica, com predomínio de práticas curativas e reabilitadoras (MENDES, 2010).

A mudança proposta para alterar esse panorama seria restabelecer a coerência entre a situação de saúde da população e o sistema de atenção à saúde, superando a fragmentação da atenção e envolvendo a implantação das redes (MENDES, 2010). Ou seja, estabelecer um conjunto de serviços e atividades que respondam às necessidades da população e que estejam organizados de forma a darem continuidade à atenção em cada nível do sistema, garantindo a integralidade no atendimento.

Nesse contexto, destaca-se aqui a problemática do uso e abuso de substâncias psicoativas no Brasil, que vêm tomando proporções cada dia mais alarmantes na sociedade, o que os coloca como um grave problema de saúde pública a ser enfrentado pelas autoridades governamentais, já que deles decorrem agravos sociais e psicológicos, além das implicações políticas e sociais (BRASIL, 2003b).

A realidade brasileira mostra que a assistência aos usuários de álcool e outras drogas foi sempre marcada pelo modelo hospitalocêntrico, com assistência de caráter psiquiátrico. Foi iniciada com a criação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro em 1852, pelo então imperador Pedro II; anos mais tarde, foram instituídas as colônias dos alienados (1890), após a Proclamação da República, período caracterizado pelo modelo asilar. Após o Golpe Militar de 1964, cresceu no Brasil o número de leitos psiquiátricos privados, resultante da privatização da assistência psiquiátrica. Assim, aproximadamente 150 anos após a inauguração do primeiro hospital, a política de saúde mental era direcionada à implantação dos hospitais psiquiátricos no Brasil (AMARANTE, 2008).

Dessa forma, a atenção direcionada aos sujeitos com problemas relacionados a substâncias psicoativas foi focada em isolar, medicalizar e tratar. Contudo, esse modelo foi alvo de inúmeras críticas e denúncias de violência, maus-tratos e desrespeito à dignidade humana (AMARANTE, 2008). Com isso, evidenciou-se uma discordância e uma incoerência no sistema de saúde, que

tem entre suas diretrizes a integralidade e a equidade, e na Constituição, que garante o direito à saúde e à vida, apontando assim a necessidade de mudança da atenção dirigida a esse indivíduo.

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

As redes de atenção à saúde (RAS) podem ser definidas como:

[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica gerando valor para a população (MENDES, 2010, p. 82).

Assim, falar em rede de atenção pensa-se em uma nova forma de organização dos sistemas de saúde, que visam superar modelos fragilizados e hierarquizados, quebrar paradigmas hegemônicos, como relata Mendes (2012), ao mencionar que a rede de atenção é uma resposta social à incoerência entre o sistema de saúde no Brasil e a Atenção à Saúde. Dessa forma, em vez de se ter um sistema hierárquico e vertical, tem-se um sistema poliárquico e horizontal, com diversos pontos de atenção que se comunicam, são interdependentes e cooperam entre si, e têm como centro de comunicação a Atenção Primária à Saúde (APS).

A ideia de rede vem sendo discutida há vários anos no Sistema Único de Saúde (SUS), porém somente foi institucionalizada na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL,

2010), que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, e no Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a), que regulamenta a Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990), que considera a Rede de Atenção à Saúde como “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011c, p. 1).

Nesse cenário, a consumação da rede de atenção em saúde mental fez-se necessária para a inserção de ações que proporcionassem a constituição da teia que promove vínculos psicossociais e qualidade de vida aos indivíduos que possuem transtornos psíquicos. Contudo, a proposta da construção dessa rede não aconteceu facilmente, foram precisos anos de luta e muita persistência.

Em 1978, teve início a Reforma Psiquiátrica no Brasil, iniciada com a chamada “crise” da Divisão Nacional de Saúde Mental – Dinsam. Somado a isto, havia a escassez de recursos humanos e financeiros e uma assistência centrada no eixo hospitalar em detrimento da extra-hospitalar, sem suporte dos demais integrantes da rede de atenção socioassistencial vigente nesta década; ou seja, não existia uma rede de atenção em saúde mental e o recurso hegemônico era o manicômio. Em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental introduziu o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, instituindo o dia 18 de maio como o “Dia Nacional da Luta Antimanicomial” (AMARANTE, 1995).

A promulgação da Constituição Federal de 1988, que passou a considerar a saúde como direito de todos e dever do Estado, e a instituição do Sistema Único de Saúde constituíram-se em uma vitória para o movimento sanitário no país e para o movimento de reforma psiquiátrica. Várias experiências exitosas foram efetivadas, dando início a uma política de saúde mental baseada na construção de uma rede de atenção que substitui os manicômios e constrói uma organização de serviços diversificada e centrada no cuidado integral (AMARANTE, 2008).

Corroborando a Declaração de Caracas de 1990, que dispôs sobre reformas na saúde mental, a atenção psiquiátrica passou a ser vinculada à atenção primária à saúde. Isso permitiu a elaboração de modelos alternativos, centrados na comunidade e nas redes sociais, o que foi um avanço, até porque o modelo psiquiátrico convencional não permitia uma atenção integral, descentralizada, participativa, contínua e preventiva a essa população (VARGAS, 1999).

A partir daí, várias leis foram sendo elaboradas, mas uma delas deve ter destaque: a Lei nº 10.216, promulgada em 2001, foi um marco legal da Reforma Psiquiátrica. Ela considerou as diretrizes que constituem o SUS, de forma a garantir aos usuários de serviços de saúde mental e, também, aos usuários de álcool e outras drogas a universalidade de acesso, o direito à assistência e à integralidade (BRASIL, 2001), dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

Nessa perspectiva, a Lei nº 10.216 propôs a descentralização do modelo de atendimento de forma que as redes assistenciais estivessem atentas às desigualdades existentes e sugerissem ações voltadas às necessidades da população. Esta Lei também foi o instrumento legal tanto para a Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2001) como para a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas – Paiuad (BRASIL, 2003b).

A Paiuad tem por base questões como intersetorialidade e atenção integral, sendo esta última subdividida em: prevenção, promoção e proteção à saúde de usuários de álcool e outras drogas; o estabelecimento de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e redes assistenciais; a política de redução de danos (PRD), o controle de entorpecentes e substâncias; e a padronização de serviços de atenção à dependência química (BRASIL, 2003b).

Com a implantação da Paiuad, legitima-se a responsabilidade do SUS em garantir atenção à saúde aos usuários de substâncias psicoativas, que, até então, era realizada de forma

predominante pelas comunidades terapêuticas e grupos de ajuda mútua. É diretriz desta Política que a internação de usuários seja de curta duração e deva ser priorizada em leitos de atenção integral em hospitais gerais, com seguimento na rede de serviços extra-hospitais, especialmente os CAPS (CARVALHO, 2007; BRASIL, 2009).

Em 2002, o Ministério da Saúde promulgou a Portaria nº 336, que estabeleceu uma nova regulamentação dos serviços de atenção psicossocial, criando os Centros de Atenção Psicossocial por categorias e modalidades distintas, sendo um deles o Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas – CAPS ad –, destinado a pessoas que fazem o uso abusivo dessas substâncias (BRASIL, 2007; AMARANTE, 2008).

No ano seguinte, reafirmando que o uso de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública no país, o Ministério da Saúde apresentou a Política de Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas. Essa política está baseada na proposta de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais. A ênfase está colocada na proposta de reabilitação e reinserção social dos usuários (BRASIL, 2003b).

Considerando a complexidade que envolve o fenômeno do uso de substâncias psicoativas e os desafios para a atenção à saúde dos consumidores – abusivos ou dependentes –, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 3.088, em 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Seu objetivo é criar, ampliar e articular os pontos de atenção das redes de saúde, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Entre suas diretrizes destacam-se: autonomia e liberdade dos sujeitos; equidade; garantia do acesso e da qualidade dos serviços; ênfase em serviços de base territorial e comunitária; organização dos

serviços em rede e com ações intersetoriais para integralidade do cuidado; e atenção centrada nas necessidades das pessoas (BRASIL, 2011c).

REDE DE ATENÇÃO E SUAS INTERFACES

A atenção dirigida ao sujeito com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, requer que vários serviços sejam organizados de forma a satisfazer as necessidades de saúde que o indivíduo demanda. De acordo com a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011c), os componentes da Rede de Atenção Psicossocial são divididos em:

- 1) Atenção Básica em saúde;
- 2) Atenção Psicossocial Estratégica;
- 3) Atenção de Urgência e Emergência;
- 4) Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- 5) Atenção Hospitalar;
- 6) Estratégias de Desinstitucionalização;
- 7) Estratégia de Reabilitação Psicossocial.

A Atenção Básica em Saúde é definida como um conjunto de ações, individuais ou coletivas, situadas na primeira linha dos sistemas de saúde, para a promoção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2009), sendo compostas pelos seguintes pontos de atenção:

A) Unidade Básica de Saúde: é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Tem como estratégia prioritária para sua organização a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o objetivo de estimular a organização das comunidades para que exerçam o controle social das ações e serviços de saúde, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais (BRASIL, 1997, 2006, 2009). Tem o papel primordial no desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e cuidados com os usuários com transtorno mental e usuários com problemas relacionados ao álcool e outras drogas, nos âmbitos individual e coletivo, que promovam uma atenção integral (BRASIL, 2011c).

B) Equipes de atenção básica à população específica: atua com equipe multiprofissional, considerando a saúde de forma ampliada e integral, a saber:

- Consultório na Rua: equipe de profissionais de saúde (enfermeiro, psicólogo, assistente social, técnico em Enfermagem, técnico em Saúde Bucal e agente social) que atuam de forma itinerante ao ofertar serviços e cuidados de saúde a pessoas em situação de rua. Os profissionais atendem e encaminham para outras unidades, dependendo da necessidade (BRASIL, 2011c).

- Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório: tem função de coordenar, articular e oferecer suporte a esses pontos de atenção. Atuam de forma multidisciplinar e horizontal no cuidado.

C) Centros de Convivência: são espaços públicos de socialização entre os usuários com transtornos mentais e usuários com problemas relacionados ao álcool e outras drogas. Oferecem diversas atividades que favoreçam o convívio e a reinserção na cultura e na sociedade. São articulados com outros serviços de saúde, na lógica de atenção à saúde.

- **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf):** criado pela Portaria nº 154 de 2008 para aumentar as ações e a eficácia da atenção básica por meio do trabalho compartilhado da ESF na rede de serviços e na comunidade na qual está inserido. As equipes são compostas por diferentes profissionais, entre eles, assistente social, psicólogo, psiquiatra e terapeuta ocupacional, reforçando a importância da integralidade das ações do sistema de saúde (BRASIL, 2008).

A *Atenção Psicossocial Estratégica* possibilita suporte aos portadores de transtornos mentais através de uma atenção à saúde e é constituída pelos CAPS e suas diferentes modalidades. O objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Além disso, são funções do CAPS, enquanto organizador da rede, buscar um estreitamento de laços entre o campo da saúde mental e a comunidade, oferecer suporte em saúde mental à atenção básica, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de cuidados, além de supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica (BRASIL, 2007).

Os CAPS subdividem-se em I, II, III, álcool e drogas (CAPS ad) e infantojuvenil (CAPSi), definidos como (BRASIL, 2011c, p. 6):

- a) CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes;
- b) CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de

saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes.

c) CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.

d) CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes.

e) CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.

f) CAPS i: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.

Na *Atenção de Urgência e Emergência* os serviços disponíveis são: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192);

Sala de Estabilização; Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas); e Pronto-Socorro (portas hospitalares) (BRASIL, 2011c).

A *Atenção Residencial de Caráter Transitório* dispõe dos seguintes dispositivos: Serviço de Atenção em Regime Residencial e Unidade de Acolhimento (BRASIL, 2011c):

- **Serviço de Atenção em Regime Residencial:** destacam-se aqui as *Comunidades Terapêuticas* (serviços com caráter residencial transitório por até nove meses, que prestam cuidados contínuos aos usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas). Tais serviços devem ter suas ações articuladas e pactuadas com a atenção básica e com os CAPS para o atendimento integral e contínuo desse indivíduo. As necessidades clínicas devem ser estáveis para o ingresso e a permanência pode ser interrompida a qualquer momento, se assim desejar o usuário. Deve ser habilitado como serviço de saúde, de acordo com a legislação, ter equipe mínima de profissionais para cada 30 usuários e ser acompanhada por uma equipe vinculada à Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2011c).

- **Unidade de Acolhimento:** oferece cuidados contínuos de saúde, em ambiente residencial, a usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade social e familiar. Acolhe pessoas que precisam se afastar do meio em que vivem, por período estimado de até seis meses. É articulada aos serviços de saúde e também à rede intersetorial. É uma unidade diferenciada para o acolhimento de adultos, crianças e adolescentes que realiza atendimento clínico e psicossocial, funcionando como retaguarda para os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas e Enfermarias Especializadas em Álcool e outras Drogas. Divide-se em Unidade de Acolhimento Adulto (destinado a pessoas com mais de 18 anos) e Unidade de Acolhimento Infantojuvenil (para adolescentes e jovens de 12 a 18 anos) (BRASIL, 2011c).

Na *Atenção Hospitalar* encontram-se os Serviços Hospitalares de Referência e as Enfermarias Especializadas para atenção aos usuários com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011c).

- **Serviço Hospitalar de Referência:** refere-se ao suporte clínico ou psiquiátrico no ambiente hospitalar, com internações de curta permanência, para situações dos usuários de álcool e outras drogas que necessitem dessa atenção (BRASIL, 2011c).

- **Enfermarias Especializadas:** serviço ofertado em uma enfermaria especializada em saúde mental de hospital geral, formada por uma equipe multiprofissional qualificada, que constitui recurso para o tratamento hospitalar para os casos de abstinências e de intoxicações graves. A internação é de curta duração e visa a estabilidade clínica, com vagas administradas pela central de regulação na rede de saúde e articulada com o serviço de referência do usuário (BRASIL, 2011c).

As *Estratégias de Desinstitucionalização* visam a reinserção social do sujeito através de estratégias que promovam um cuidado integral por meio da garantia de seus direitos e da sua cidadania. Os dispositivos são: os Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa de Volta para Casa (BRASIL, 2011c):

- **Serviço Residencial Terapêutico:** são casas inseridas nas comunidades, em espaços urbanos, criadas para responder às necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves, egressas ou não de hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, que romperam seus vínculos familiares e sociais, buscando de forma gradual e progressiva a reinserção desse sujeito na sociedade.

- **Programa de Volta para Casa (PVC):** foi instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, e tem como finalidade garantir assistência, acompanhamento e integração social, por meio de um auxílio-reabilitação, fora do ambiente hospitalar, a pessoas com transtorno mental, com história de longa internação psiquiátrica (BRASIL, 2003a; BRASIL 2011c).

A *Estratégia de Reabilitação Psicossocial* inclui ações intersetoriais, como empreendimentos solidários e cooperativas sociais e programas de geração de trabalho e renda que visam a inclusão produtiva de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, buscando garantir uma rede ampla e diversificada de recursos, assistências e cuidados que assegurem seus direitos enquanto cidadãos (BRASIL, 2011c).

A rede de atenção à saúde no SUS, como descrita anteriormente, é composta de atenção básica, de média e alta complexidade. Contudo, está interligada com os serviços do Sistema Único de Assistência Social (Suas), através da sua rede socioassistencial.

São *componentes suplementares* que possibilitam suporte aos portadores de transtornos mentais, através de uma lógica em rede de atenção, os serviços que compõem a rede Suas, como o Centro de Referência de Assistência Social (Cras), o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) e o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) (BRASIL, 2011b).

O Sistema Único de Assistência Social é um sistema público que organiza, de forma descentralizada, os serviços socioassistenciais no Brasil. O Suas foi criado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome a partir do previsto na Lei Federal nº 8.742, a Lei Orgânica de Assistência Social (Loas), por meio da aprovação da Norma Operacional Básica (NOB), no dia 14 de julho de 2005, em Brasília, pelo Conselho Nacional de Assis-

tência Social (GRUPO INTERINSTITUCIONAL DE COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2006; BRASIL, 2011b). Trata-se de modelo de gestão para todo o território nacional, integrando os três entes federativos, visando consolidar um sistema descentralizado e participativo de:

- **Proteção Social Básica:** atua na prevenção dos riscos por meio do desenvolvimento de potencialidades e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. A porta de entrada de ações executivas é o Centro de Referência de Assistência Social, que oferta serviços da Proteção Social Básica nas áreas de vulnerabilidade e risco social. Além disso, o Cras possui a função de gestão territorial da rede de assistência social básica, de forma a promover a organização e a articulação das unidades a ele referenciadas e o gerenciamento dos processos nele envolvidos.

- **Proteção Social Especial:** destinada a famílias e indivíduos que já se encontram em situação de risco e que tiveram seus direitos violados por ocorrência de abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de drogas, entre outros aspectos. Tem como unidade assistencial os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas). Assim, a oferta de atenção especializada e continuada dos Creas deve ter como foco a família e a situação vivenciada, por meio da potencialização de recursos e capacidade de proteção. É preciso entender, ainda, que os serviços ofertados nos Centros devem ser desenvolvidos de modo articulado com a rede de serviços da assistência social, órgãos de defesa de direitos e demais políticas públicas. Fato é que a articulação no território é fundamental para fortalecer as possibilidades de inclusão da família em uma organização de proteção (BRASIL, 2011b).

É interessante destacarmos que no estado do Espírito Santo foi realizado um levantamento de todas as instituições que atuam na área de dependência química, constatando que o número

de serviços de atendimento indireto é muito maior do que os que oferecem atendimento direto, sendo a maioria das instituições localizadas na região metropolitana da Grande Vitória e com apoio financeiro de organizações religiosas. Isso demonstra a necessidade de descentralização da rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas e da ênfase no tratamento ambulatorial (SIQUEIRA; BARBOSA; LARANJEIRA, 2008).

Nesse sentido, Siqueira e outros (2007) aponta que deve ser considerado o dever das instituições, com definições sistematizadas de responsabilidade de cada esfera do governo. Logo, é necessária a compreensão dos discursos políticos e propostas, por parte da sociedade, governo e profissionais envolvidos com a temática, para que se construa o avanço da rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas, que seja de qualidade e eficaz, além de buscar novas possibilidades para a implementação das diretrizes da Paiud (WANDEKOKEN; SIQUEIRA, 2011).

De acordo com o conteúdo já exposto, os recursos da rede de atenção ao uso de *crack*, álcool e outras drogas são compostos por diversos pontos de atenção, que irão realizar o cuidado com o usuário. Esse cuidado não se efetiva em um único ponto, mas nos diversos pontos de atenção, complementares entre si, constituindo as redes (BRASIL, 2008).

A ampliação do olhar por parte dos profissionais se faz necessária, considerando que as abordagens psicossociais devem levar em conta as diversas dimensões da vida do sujeito, e a rede deve incluir a diversidade de políticas públicas, recursos comunitários e pessoais (BRASIL, 2003b).

CONCLUSÃO

As melhorias de condições da saúde no Brasil provocaram mudanças no sistema de saúde, a fim de responder às necessidades apresentadas pela população. De um sistema verticalizado, fragmentado e hierarquizado, propõe-se trabalhar em rede

com a atenção horizontalizada, articulada em diversos pontos de atenção, em um trabalho intersetorial, buscando a integralidade dos serviços e do cuidado.

De modo similar, a atenção ao sujeito com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas vem demandando das políticas de saúde e sociais, desde a reforma psiquiátrica, um rompimento de paradigmas que reconheça esse usuário como um indivíduo com direito à saúde e um cidadão que necessita de um cuidado digno e de qualidade.

Nesse contexto, os diversos dispositivos que rompem com a lógica hospitalocêntrica, de tratamento asilar e curativista, são vistos como respostas a uma atenção psicossocial e integral que busque a reinserção social desse sujeito.

Da mesma forma, faz-se necessário promover a integração e interação entre os setores e atores – SUS e Suas – envolvidos na rede de atenção em saúde mental e na atenção básica, englobando serviços de saúde, gestão e participação social, tanto no cumprimento do cuidado e atenção em saúde mental como na produção e regularização da rede de serviços de saúde.

O processo de desinstitucionalização e de integração dos sujeitos com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas na sociedade é um processo de conquistas que vem adquirindo espaços nas políticas sociais e nas políticas públicas de saúde, especialmente no SUS. Contudo, é preciso que essas conquistas sejam de fato efetivadas para que essas pessoas tenham suas necessidades atendidas na sua integralidade.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. D. C. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 735-759.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. Sistema Único de Saúde. Centro de Atenção Psicossocial. 2011b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 12 de fevereiro de 2007. Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes ao número de equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal de Municípios com irregularidades no cadastro de profissionais no SIAB. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2007. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/biblioteca/informe_eletronico/2007/iels.fevereiro.07/iels30/U_PT-MS-GM-336_120207.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito

do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Programa “De volta para casa”**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

BRASIL. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASE. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2008.

BRASIL. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006.

BRASIL. Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1997.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2010.

CARVALHO, D. B. B. (Coord.). **Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil – 2006/2007**: Relatório. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

FRENK, J. **Bridging the divide**: comprehensive reform to improve health in Mexico. Nairobi: Commission on Social Determinants of Health, 2006.

GRUPO INTERINSTITUCIONAL DE COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE SANTA CATARINA (GICES-SC). **Depois do SUS, vem aí o Suas: assistência social também terá sistema único**. 2006. Disponível em: <<http://www.gices-sc.org/index.htm>>. Acesso em: 25 out. 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2.297-2.305, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.

SIQUEIRA, M. M.; BARBOSA, D. A.; LARANJEIRA, R. As políticas públicas relacionadas às substâncias psicoativas e o papel do Estado. **Rev Enferm Atual**, v. 45, p. 25-29, 2008.

SIQUEIRA, M. M. et al. Psychoactive substances and the provision of specialized care: the case of Espírito Santo. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 315-323, 2007.

VARGAS, C. M. et al. Assistência de enfermagem psiquiátrica nas instituições de saúde da Grande Vitória. **J Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, p.15-19, 1999.

WANDEKOKEN, K. D.; SIQUEIRA, M. M. Discursos políticos e a rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 88, p. 105-112, jan./mar. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2000** – Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization, 2000.



Capítulo 9

Prevenção do Uso Indevido de Substâncias Psicoativas

*Marilene Gonçalves França; Marcos Vinícius Ferreira dos
Santos; Ana Regina Noto*

INTRODUÇÃO

Desde os primórdios, diferentes substâncias psicoativas (SPAs) vêm sendo utilizadas em diversos contextos sociais. Na antiguidade, seu uso acontecia em cerimônias e rituais religiosos, com a finalidade de obter prazer, experiências místicas e diversão (BUCHER, 1986). Assim, o uso dessas substâncias não era encarado como perigo à sociedade, pois estavam relacionadas a rituais específicos e à cultura de determinado povos, e ainda não existiam muitas evidências dos efeitos negativos delas (ESCOHOTADO, 1992).

Contudo, com o processo de industrialização, urbanização e implantação da ordem médica, no final do século XIX e início do século XX, é que o uso e o abuso dessas substâncias, e as problemáticas delas decorrentes, começaram a ser questionados e ganharam um novo enfoque (MACRAE, 2007).

Atualmente, já se conhecem inúmeras características de cada substância psicoativa e os efeitos provocados para o indivíduo, sua família e para a sociedade de forma geral. Entretanto, é crescente a diversidade de drogas na sociedade, lícitas e ilícitas, usadas em variados contextos e com diferentes finalidades. A função do uso foi ganhando outros sentidos, agora não somente referente ao uso isolado ou em ritos e costumes, mas também com finalidade recreativa ou para tentar dar respostas às diversas situações vivenciadas – o estresse, a insatisfação e a insegurança – em uma sociedade com característica mais capitalista, desigual, competitiva e individualizada (BUCHELE; CRUZ, 2010). Então, é fundamental entender que o uso e o abuso de determinada droga não ocorrem de maneira isolada na sociedade e não estão relacionados somente à natureza da substância ou à conduta individual, mas a inúmeros elementos, como os contextos familiares, culturais, ambientais e sociais. Portanto, ao pensar em fazer promoção de saúde ou prevenção com enfoque nas drogas, é preciso considerar o panorama sócio-histórico-cultural que este sujeito está inserido e a influência disso na sua forma de se relacionar com o uso de substâncias.

Nesse sentido, tentar prevenir o consumo arriscado de drogas não é algo tão fácil como simplesmente falar: “Não use drogas”, ou apenas tentar impedir ou retardar o seu uso. É mais amplo do que fazer com que um sujeito nunca experimente qualquer substância ou ter a pretensão de acabar com elas na sociedade. Primeiramente, implica pensar qual é o referencial utilizado para definir uma substância como droga, quais os padrões e riscos relacionados ao consumo em determinados contextos, o que leva um indivíduo a fazer o uso arriscado dessas substâncias, o que o motiva a buscar prazer, emoções ou outras sensações, bem como identificar quais os fatores que favorecem o uso ou que serviram como elementos protetores para o não uso. E, por fim, refletir acerca da proposição de novas alternativas ou oportunidades para o sujeito, a fim de que ele faça outras escolhas que diminuam os riscos relacionados ao consumo de drogas.

Neste capítulo, busca-se refletir acerca das questões que estão implicadas nesses contextos e também ampliar o debate da

prevenção de drogas para a promoção da saúde, pensando nisso como a melhor estratégia para a sociedade responder a essa problemática na atenção básica.

PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO RELACIONADA AO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: CONCEITOS E LAÇOS

Ao refletir acerca das intervenções e abordagens relativas ao uso e abuso de álcool e outras drogas, a maior parte das pessoas considera a prevenção, referindo-se a todo processo que objetiva reduzir, impedir, retardar ou minimizar o uso indevido de substâncias psicoativas, bem como os prejuízos que possam surgir em virtude desse uso (ANDRADE, BASSIT, 1995). Porém, prevenir deveria ser considerado um conceito muito mais amplo do que a ideia de impedir (BRASIL, 1990). Sabe-se que o uso e o abuso de álcool e outras drogas estão relacionados a uma multiplicidade de fatores, em um contexto sócio-histórico-cultural, que tornam as ações e políticas focalizadas na prevenção importantes, porém limitadas. Por isso, deve-se pensar em ações de forma mais ampliada, em propostas que visam essa complexidade de elementos relacionados à vida do sujeito, isto é, ações de Promoção da Saúde.

Cabe, então, conceituar promoção de saúde. De acordo com o Dicionário Aurélio (FERREIRA, 1999), *promover* significa dar impulso a, fomentar, originar, gerar. Leavell e Clark (1965) relacionaram, no final do século XX, em seu modelo “História Natural da Doença”, a promoção da saúde e a prevenção de doenças, uma vez considerando que a promoção é uma ação de prevenção primária que corresponde a medidas educativas não focadas na doença e que objetiva a melhora do bem-estar geral dos sujeitos. Em 1974, o Ministro da Saúde canadense Marc Lalonde elaborou e publicou o que ficou conhecido mundialmente como Informe Lalonde, colaborando veementemente para a noção de Promoção da Saúde (BUSS, 2003). No Informe, o ministro deixou como sugestão segmentos específicos para intervenções

sanitárias, dos quais a prevenção seria dirigida aos sistemas de saúde e a promoção focalizaria os estilos de vida. Posteriormente, no Congresso Canadense de Saúde Pública, em 1984, realizado a fim de avaliar os progressos uma década após a publicação do Informe Lalonde, definiram-se princípios para promoção da saúde. Estes princípios se relacionavam ao modo que o conceito era vislumbrado na época (WESTPHAL, 2006):

- Envolvimento da população como um todo, no contexto de vida cotidiano;
- Ação sobre os determinantes sociais, econômicos, culturais, políticos e ambientais da saúde;
- Articulação de métodos e abordagens diversas, mas complementares entre si;
- Efetiva e concreta participação social; e
- Ação no campo social e não restrita ao serviço de saúde.

O marco conceitual da Promoção da Saúde encontra-se na Carta de Ottawa, aprovada em 1986 na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde (RESTREPO, 2001). Nessa conferência, foram elencados os campos de ação da Promoção da Saúde, a saber: elaboração e implementação de políticas saudáveis que possam minimizar as desigualdades; reforço da ação comunitária; criação de espaços saudáveis que apoiem a promoção da saúde; desenvolvimento de habilidades pessoais; reorientação dos serviços de saúde.

Dessa forma, no contexto atual, deve-se entender a Promoção da Saúde como um processo que procura criar condições para que as pessoas aumentem sua capacidade de controlar os fatores determinantes da saúde, a fim de melhorá-la (SIMÕES et al., 2012). Refere-se, ainda, às ações que não se dirigem a uma determinada doença, mas que estão direcionadas para promover a saúde e o bem-estar do indivíduo e da comunidade. Para isso, devem ser considerados vários fatores individuais e coletivos, como educação, condições de moradia, alimentação, renda, justiça social, igualdade de direitos, entre outros aspectos (SUPERA, 2006).

Nesse contexto, a Promoção da Saúde tem sido destaque nos diferentes espaços da saúde pública, em reação ao aumento progressivo da fragmentação do cuidado e da prática sanitária atual, configurada na doença e nos meios diagnósticos e curativos, característicos no processo de globalização na vida social e que culminam em impactos mínimos sobre as condições de saúde.

Assim, a Promoção da Saúde consiste numa visão mais ampla da questão de saúde na sociedade, refere-se a compreender a coletividade e seu contexto político, socioeconômico e cultural (VERDI; CAPONI, 2005). Além disso, proporcionar saúde significa não apenas evitar doenças e prolongar a vida, mas garantir condições que ampliem a qualidade de vida, a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar, em valores e escolhas (BUSS, 2000).

Portanto, as intervenções devem basear-se nos problemas e nas necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, a fim de que as políticas públicas envolvam serviços e ações que interfiram nos efeitos do adoecer, mas que extrapolem o sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades na sociedade em que vivem (BRASIL, 2007).

Segundo Buchele, Coelho e Lindner (2009), a prevenção ao uso arriscado de drogas objetiva uma atitude responsável com relação a elas, levando em consideração que seu uso é uma questão pessoal, social, cultural. Assim, deve ser abordada numa concepção ampla, considerando aspectos biopsicossocioculturais, direcionando-os para ações de promoção da saúde e valorização da qualidade de vida, buscando o equilíbrio do homem no meio ambiente e visando a ampliação dos compromissos sociais do indivíduo em relação a si, ao outro e à comunidade.

Nessa perspectiva, a Promoção da Saúde e a prevenção relacionada ao consumo de drogas devem buscar ações que as integrem, na tentativa de elaborar iniciativas que contemplem intervenções efetivas, que realmente interfiram na vida dos sujeitos e os proporcionem fazer escolhas que promovam a vida.

RISCO E CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Risco é um termo polissêmico que sofreu transformações ao longo do processo histórico, mas sempre esteve associado à ideia de predição de um evento futuro indesejado (LEITE; NAVARRO, 2009). Deve ser entendido como uma elaboração teórica, construída historicamente, com o objetivo de mediar a relação do homem com os perigos, visando minimizar os prejuízos e maximizar os benefícios. Não é uma grandeza que deve ser somente medida, depende do observador e de seus interesses e deve ser avaliado dentro de um contexto político-econômico-social (BECK, 1999; NAVARRO, 2009).

Conforme Schenker e Minayo (2005), na área de saúde, risco é um conceito que envolve conhecimento e experiência acumulada sobre o perigo de alguém ou de a coletividade ser acometida por doenças e agravos, e que diz respeito a situações reais ou potenciais que produzem efeitos adversos e configuram algum tipo de exposição. Contudo, cabe distinguir os termos *risco* e *perigo*, pois não são sinônimos, embora seu significado se aproxime. *Perigo* diz respeito a ameaças que rondam a busca dos resultados desejados. *Risco* constitui uma estimativa acerca do perigo (GIDDENS, 1997).

Risco é mais que um conceito interdisciplinar e precisa ser compreendido como um conceito indisciplinado, ou seja, sem fronteiras e demarcações brutas (CASTIEL, 1997). Almeida Filho, Castiel e Ayres (2011) identificam cinco formas conceituais de risco:

- **Risco:** perigo latente ou oculto no discurso social comum;
- **Risco Individual:** conceito prático da clínica;
- **Risco Populacional:** conceito epidemiológico;
- **Risco Estrutural:** conceito da saúde ocupacional e ambiental;
- **Risco Contingencial:** conceito do campo de práticas da Promoção da Saúde.

No que se refere ao consumo de substâncias, o conceito de risco tende a ser utilizado em duas perspectivas principais. Uma

delas é referente aos comportamentos de risco à saúde, potencialmente favorecido com ou para o consumo de substância, como “beber e dirigir” (por exemplo, risco de acidente), relação sexual sem proteção associada ao uso de *crack* (por exemplo, risco de DST). Trata-se, portanto, de uma estimativa de dano.

Uma segunda utilização frequente do termo risco é referente aos fatores relacionados ao uso em si. São características contextuais ou pessoais que aparecem, com mais chance, associadas ao consumo de uma determinada substância. Por exemplo, o gênero feminino é fator associado ao risco de uso de calmantes benzodiazepínicos no Brasil, ou, em outras palavras, as mulheres apresentam maior chance de usar calmantes no país (OPALEYE et al., 2013).

A ideia do risco enquanto um campo geral de práticas chamado de Promoção da Saúde, contendo tanto a prevenção quanto a proteção e a promoção da saúde individual e coletiva, supõe um repertório social de ações preventivas de morbidade (riscos, doenças etc.), protetoras e fomentadoras da salubridade, que de certo modo contribui para a redução dos sofrimentos causados por problemas de saúde em coletividades. Nesse prisma, devemos pensar e observar que os acontecimentos relacionados aos agravos de saúde são desencadeados por fatores múltiplos e interconectados, estruturados em redes abertas, o que impossibilita estabelecer, entre eles, relações lineares de causalidade (ALMEIDA FILHO; COUTINHO, 2007). Além disso, muitas vezes algumas variáveis apresentam relações ao acaso ou relações de circularidade, como, por exemplo, a relação entre o mau desempenho escolar e o uso abusivo de maconha. Não é fácil avaliar qual se iniciou primeiro, ou se, na verdade, ambos são reflexos dos mesmos fatores de vulnerabilidade. Para avaliar causalidade, são necessários estudos científicos de acompanhamento de jovens em longo prazo (estudos longitudinais), e, mesmo assim, as interpretações devem ser relativizadas e contextualizadas.

Indubitavelmente, sabe-se que o consumo de substâncias psicoativas é resultado de uma multiplicidade de fatores que estão

presentes no indivíduo, em suas relações sociais e familiares, em seus amigos e colegas de trabalho e na comunidade em que está inserido. Também está relacionado com a facilidade de acesso à droga em seu meio e com a influência cultural (BRASIL, 2003). Contudo, é preciso salientar que esses fatores não são determinantes, apenas estão relacionados a uma maior ou menor probabilidade de o indivíduo vir ou não a fazer o uso de drogas (ZEMEL, 2010). Os *Fatores de Risco* são os que estão relacionados à maior chance de uma pessoa fazer uso ou abuso de uma determinada droga. Por outro lado, são denominados *Fatores de Proteção* aqueles que estão associados a menores chances de uma pessoa apresentar comportamentos de uso ou abuso (BRASIL, 2003; SUPERA, 2006; ZEMEL, 2010; CAMPOS; FIGLIE, 2011).

Fatores de Risco e de Proteção podem ser determinados pela combinação de características ou atributos de uma pessoa, grupo ou comunidade a qual pertence. São identificados em todos os domínios da vida: no próprio indivíduo, na família, na rede de amizades, na escola ou no trabalho, na comunidade ou em qualquer outro nível de convivência social (PEREIRA; BORDIN; FIGLIE, 2004; SCHENKER; MINAYO, 2005; SUPERA, 2006; BRASIL, 2012).

Não obstante, o fato de um indivíduo estar inserido em um meio com muitos fatores de risco não significa que ele fará uso indevido de álcool e/ou outras drogas. Ademais, fatores de risco não são simplesmente o oposto dos fatores de proteção, eles variam ao longo do processo de desenvolvimento, podendo ser mais ou menos relevantes, de acordo com uma situação específica. É preciso entender que os fatores que representam risco para um determinado sujeito podem representar proteção para outro. Por exemplo, uma pessoa tímida pode usar álcool para se expressar melhor e assim entrar em um grupo de amizades. Em contrapartida, a timidez de outra pessoa pode afastá-la de um grupo em que haja consumo de álcool (BRASIL, 2012).

Nos quadros abaixo, destacam-se alguns fatores de risco e proteção:

Quadro 14 - Fatores de Risco

FATORES DE RISCO
INDIVIDUAIS
Insegurança
Insatisfação com a vida
Sintomas depressivos
Curiosidade
Busca pelo prazer
FAMILIARES
Pais que fazem uso abusivo de drogas
Pais que sofrem doenças mentais
Pais excessivamente autoritários ou muito exigentes
Famílias que mantêm uma cultura aditiva
SOCIAIS
Violência
Desvalorização das autoridades sociais
Descrença nas instituições
Falta de recursos para prevenção e atendimento
Falta de oportunidade de trabalho e lazer
ESCOLARES
Baixo desempenho escolar
Falta de regras claras
Baixas expectativas em relação às crianças
Exclusão social
Falta de vínculo com as pessoas ou com a aprendizagem
RELACIONADOS À DROGA
Disponibilidade para compra
Propaganda que incentiva e mostra apenas o prazer que a droga causa
Prazer intenso que leva o indivíduo a querer repetir o uso

Fonte: BRASIL, 2012

Quadro 15 - Fatores de Proteção

FATORES DE PROTEÇÃO
INDIVIDUAIS
Habilidades sociais
Cooperação
Habilidades para resolver problemas
Vínculos positivos com pessoas, instituições e valores
Autonomia
Autoestima desenvolvida
FAMILIARES
Pais que acompanham as atividades dos filhos
Estabelecimento de regras e de condutas claras
Envolvimento afetivo com a vida dos filhos
Respeito aos ritos familiares
Estabelecimento claro da hierarquia familiar
SOCIAIS
Respeito às leis sociais
Credibilidade da mídia
Oportunidade de trabalho e lazer
Informações adequadas sobre as drogas e seus efeitos
Clima comunitário afetivo
Consciência comunitária e mobilização social
ESCOLARES
Bom desempenho escolar
Boa inserção e adaptação no ambiente escolar
Ligações fortes com a escola
Oportunidades de participação e decisão
Vínculos afetivos com professores e colegas
Realização pessoal
Possibilidades de desafios e expansão da mente
Descobertas de possibilidades (e talentos) pessoais

Prazer em aprender
Descoberta e construção do projeto de vida
RELACIONADOS À DROGA
Informações contextualizadas sobre efeitos
Regras e controle para consumo adequado

Fonte: BRASIL, 2012

É importante destacar que esses fatores podem variar de acordo com os momentos da vida do sujeito, adquirindo importância ou não no uso ou abuso de substâncias (PEREIRA; BORDIN; FIGLIE, 2004; CAMPOS; FIGLIE, 2011). Outrossim, existe um componente relevante e que colabora para o não desenvolvimento do abuso de drogas, mesmo com a presença significativa de fatores de risco e/ou ausência de fatores de proteção, conhecido como *resiliência*.

Resiliência é relacionada ao manejo, pelo indivíduo, de recursos pessoais e contextuais (BASTOS; ALCÂNTARA; FERREIRA-SANTOS, 2002). Diferente do risco, que é relacionado às características de um grupo, a resiliência diz respeito às características individuais ou sociais (MASTEN; COASTWORTH, 1995). Ela pode ser considerada fator de proteção para a adaptação do indivíduo às exigências cotidianas, quando o sujeito lança mão de recursos positivos para enfrentar as adversidades (SAPIENZA; PEDROMÔNICO, 2005; CAMPOS; FIGLIE, 2011). Em suma, a resiliência está associada a fatores protetores que predizem consequências positivas em sujeitos em situação de vulnerabilidade.

CONSUMO DE SPAS NAS DIFERENTES ETAPAS DO CICLO VITAL E CONTEXTOS SOCIAIS

O consumo de substâncias psicoativas pode estar associado a diversos fatores, como descrito anteriormente. Porém, podem

ser específicos em diferentes contextos e em cada fase de vida do sujeito. Nesse sentido, é importante estar atento na identificação e avaliação desses contextos, bem como na influência que eles podem exercer ao propor intervenções específicas para cada situação. Além disso, cada etapa do ciclo vital requer uma abordagem preventiva diferenciada, adequada às demandas específicas da idade, da maturidade e dos objetivos da fase de vida. O grupo e contexto social também merecem atenção no planejamento das intervenções preventivas.

- Crianças e Adolescentes: a adolescência é uma fase do desenvolvimento humano permeada de questionamentos e inquietações, um período de transição constante. É nessa fase que podem ocorrer a experimentação e os eventuais problemas iniciais relacionados a algumas substâncias (SCHENKER; MINAYO, 2005; MURER; OLIVEIRA; MENDES, 2009). Os principais elementos destacados na literatura em relação ao uso de drogas na adolescência são: a família (KANDEL; KESSLER; MARGULIES, 1978; PATTON, 1995; TUTTLE; MELNYK; LOVELAND-CHERRY, 2002), o envolvimento grupal (KANDEL; KESSLER; MARGULIES, 1978; BOTVIN, 1986; HOFFMANN; CERBONE, 2002), a escola (KANDEL; KESSLER; MARGULIES, 1978; FRIEDMAN, 1989; PATTON, 1995; KODJO; KLEIN, 2002) e o papel da mídia (PATTON, 1995; KODJO; KLEIN, 2002; MINAYO et al., 1999; NJAINE, 2004). Os adolescentes têm sido o principal alvo dos programas preventivos, os quais serão descritos e comentados um pouco mais adiante neste texto.

- Idosos: os idosos, por sua vez, merecem atenção especial, devido às características específicas desta fase de vida, relacionadas com o aumento da fragilidade, com as mudanças corpóreas e no metabolismo das substâncias psicoativas, com o aumento da morbidade e com a utilização de medicações prescritas (MENNINGER; 2002; DAR, 2006). E, também, por situações

que geram isolamento, abandono, depressão, perdas e solidão, que tornam peculiares seus fatores de riscos, sendo que as complicações podem aparecer mesmo em pequenas quantidades. Esses sujeitos podem ter iniciado o uso na juventude ou na maturidade, sendo as substâncias mais frequentes dessa faixa etária são álcool e medicamentos (O'CONNELL et al. 2003; BRASIL, 2008; PILLON et al., 2010). E não é fácil identificar o uso abusivo da substância nessa fase, pois os sinais e sintomas não são tão específicos e podem estar mistificados no processo de envelhecimento, sendo necessária uma atenção singular nesse processo (DAR, 2006).

- Mulheres: já as mulheres possuem certas características biológicas, psicológicas, históricas e sociais especiais que as diferenciam dos homens – tanto no uso como no padrão de consumo e na busca por tratamento – e precisam ser identificadas e avaliadas no contexto do uso e abuso de drogas (BRASIL, 2008). Um exemplo disso é a metabolização do álcool e de outras substâncias psicoativas, que ocorre de maneira mais lenta nas mulheres do que nos homens; assim, elas se tornam mais suscetíveis aos prejuízos associados ao seu consumo (HERNANDEZ-AVILA; ROUNSAVILLE; KRANZLER, 2004). Outro fator é que as mulheres com problemas com drogas apresentam com mais frequência comorbidades psiquiátricas (transtorno de personalidade, depressão, transtorno bipolar e transtorno de ansiedade) (BLUME; ZILBERMAN, 2004; BRASIL, 2008). Além disso, os fatores socioculturais, como sua inserção no mercado de trabalho e o padrão de beleza, estimulam o uso de anfetaminas, nicotina e outros estimulantes (BRASIL, 2008).

- Trabalhadores: alguns fatores de risco no trabalho são mencionados na literatura para o uso e abuso de substâncias psicoativas: acesso fácil ao álcool; pressão social para beber; ocupações que promovem afastamento social e sexual (CAMPANA, 1987);

condições materiais de trabalho, organização do trabalho, situação social do trabalho; estresse (REHFELDT, 1989); ocupações que submetem o trabalhador a constante estresse; pressão externa sobre o trabalho e acerca das metas a serem cumpridas; rotinização do trabalho (MANDELL et al., 1992). Sendo assim, o abuso de substâncias pode instalar-se em função do tipo de trabalho exercido e das pressões e solicitações que o ambiente de trabalho possa proporcionar (MICHEL, 2001).

ENFOQUES E NÍVEIS DAS AÇÕES PREVENTIVAS

No decorrer deste capítulo trouxemos alguns conceitos de *Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças*, como também a relação destes paradigmas com prevenção relacionada ao consumo de drogas. Aqui, evidenciamos novamente o contexto da Promoção da Saúde. É imprescindível pensar a prevenção do uso de álcool e outras drogas considerando aspectos que extrapolam a droga e a combinação de fatores de risco e proteção.

Os modelos e estratégias de prevenção do consumo de drogas podem se originar a partir de perspectivas distintas. Essas perspectivas orientarão as sequências de ações a serem desenvolvidas e são pautadas num modo de se pensar a relação das drogas com a sociedade. Nesse cenário, dois enfoques principais se destacam: a perspectiva de *Guerra às Drogas* e a perspectiva da *Redução de Danos*.

O enfoque *Guerra às drogas*, ou *Modelo Proibicionista*, como é também conhecido, está alicerçado em pressupostos de que é possível existir uma sociedade livre de drogas e demonstra uma maneira como a sociedade tem reagido ao processo histórico do uso de drogas. Trata-se de uma concepção que desconsidera diferentes significados que esse uso possui (ESCOHOTADO, 1992; MACIOLE; BESSA, 2008). Neste enfoque, o objetivo da prevenção é unicamente a abstinência de uso de SPAs, logo não considerando objetivos e metas intermediários ou provisórios

que possam ser alcançados em situações nas quais a abstinência total é difícil de ser conseguida (CARLINI-COTRIM, 1998; MACIOLE; BESSA, 2008). Trata-se de um enfoque antigo e ultrapassado, em função das evidências de sua inadequação e baixa de efetividade. Conforme Campos e Figlie (2011), as estratégias fundamentadas neste enfoque lançam mão de duas vertentes, complementares entre si:

- Informação com forte persuasão moral, visando influenciar o jovem e sua decisão de “não” usar qualquer substância psicoativa;
- Repressão, controle social e punição. Deflagração do amedrontamento do indivíduo a partir de penalidades e consequências que o atingirão, caso este use substâncias psicoativas.

Já a perspectiva da *Redução de Danos* é historicamente bem mais recente e fundamenta-se na utilização de drogas como uma realidade comprovada historicamente em todas as sociedades e também na ideia de que os indivíduos continuarão a usar substâncias. A *Redução de danos* considera, além da abstinência, outros objetivos que abrangem quaisquer tipos de avanço no sentido de minimizar os prejuízos que possam advir do uso de drogas (MACIOLE; BESSA, 2008). Esta perspectiva defende o direito de escolhas individuais, livres de qualquer imposição do Estado ou de outras instituições. Estratégias preventivas, que se originam desta forma de se compreender o binômio drogas-sociedade, visam reduzir riscos que o uso de SPAs acarreta para o indivíduo e para a sociedade, objetivam a formação de cidadãos aptos a discernirem sobre seus comportamentos diante das SPAs (inclusive formas mais seguras de uso, para os que optarem), através da oferta de informações (CAMPOS; FIGLIE, 2011).

Além das perspectivas norteadoras, temos outra característica importante na classificação e implementação de estratégias e modelos de prevenção do consumo de SPAs. Esta característica se refere ao público alvo das ações de prevenção, ao contexto no qual a população está inserida, bem como aos fatores associados ao risco e à proteção. Assim, o Instituto de Medicina dos

Estados Unidos propôs, em 1994, a adoção de uma classificação das ações de prevenção nos seguintes níveis (SUPERA, 2006; CAMPOS; FIGLIE, 2011):

- Prevenção universal: dirigida a um público geral, que não se distingue em relação a fatores de risco associados ao consumo de qualquer substância. Um exemplo é a população de estudantes, de forma geral.

- Prevenção seletiva: dirigida a grupos sociais específicos, selecionados por maior concentração de fatores de risco associados ao consumo de determinadas substâncias. São exemplos: crianças com comportamento agressivo desde a educação infantil, filhos de dependentes de álcool, grupos sociais que tendem a usar drogas como parte de sua identidade enquanto grupo.

- Prevenção indicada: dirigida a indivíduos que já vêm usando determinada substância, de modo arriscado, mas que não são dependentes.

MODELOS DE PREVENÇÃO RELATIVA AO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Nas últimas décadas, foram despendidos muitos esforços na busca de ações preventivas efetivas. A maioria dessas ações foi dirigida a estudantes e demonstrou baixa ou nenhuma efetividade. A partir de experiências negativas, foram necessários muitos estudos científicos que permitiram um processo de evolução dos pressupostos e práticas. Dessa forma, torna-se importante analisar o panorama histórico que antecedeu as atuais discussões sobre prevenção relacionada ao consumo de drogas. De modo geral, grande parte dos programas de prevenção foi evoluindo a partir dos seguintes modelos:

- Modelo do princípio moral: representa um dos mais antigos modelos, já foi amplamente ultrapassado e está fundamen-

tado na premissa que a ausência de valores morais e éticos é responsável pelo consumo de drogas (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2004). Assim, os usuários são considerados responsáveis pelo início do uso de drogas, sendo culpados pelo problema e vistos como pessoas que possuem falhas de caráter (PILLON; LUIS, 2004). Apesar das evidências de sua inadequação e limitada efetividade, este modelo infelizmente ainda influencia a conduta de profissionais de saúde, tanto nas orientações dadas aos indivíduos como até mesmo na negligência de cuidados.

- Modelo do amedrontamento: baseia-se em fornecer dados e fatos que enfatizam as consequências negativas do uso de drogas. A prevenção ao uso, nestes moldes, tem pouca eficácia, pois muitas vezes o medo parece ser um argumento pouco convincente diante do suposto prazer que o adolescente atribui às drogas (CARLINI-COTRIM, 1998; MEYER, 2003). Apesar dos resultados negativos, o amedrontamento ainda norteia a prática de profissionais que não tiveram a oportunidade de se aprofundar em estudos sobre prevenção.

- Modelo do conhecimento científico: propõe o fornecimento de informações sobre drogas de modo imparcial e científico. Representa um avanço em relação ao modelo de amedrontamento, por considerar que, a partir de informações completas e imparciais, os indivíduos podem decidir racionalmente sobre as drogas (MACIOLE; BESSA, 2008). De acordo com Campos e Figlie (2011), este modelo pode não ser eficaz, pois, para aqueles que já usam SPAs, as informações podem não propiciar mudanças de atitudes e comportamento. Já para os que ainda não usam, as informações podem aumentar a curiosidade e diminuir o medo, favorecendo a experimentação (principalmente no caso de crianças e adolescentes). Para prevenir o uso de drogas é preciso informar, mas também abordar e discutir o prazer que os indivíduos atribuem a elas, como uma forma de conscientizá-los

e desmistificar algumas crenças e concepções acerca dos efeitos do uso de drogas (MEYER, 2003). Dessa forma, a informação em si (sem ações complementares) não deve ser considerada como modelo preventivo, mas apenas uma ação educativa.

- Modelos baseados em educação afetiva, habilidades sociais e/ou pressão positiva: são modelos que, em geral, utilizam técnicas que visam melhorar ou desenvolver a autoestima, a capacidade de lidar com a ansiedade, a habilidade de decidir e interagir em grupo, a comunicação verbal e/ou a capacidade de resistir às pressões de grupo. Defende que indivíduos mais estruturados e menos vulneráveis, do ponto de vista psicossocial, são menos propensos ao abuso de drogas (MACIOLE; BESSA, 2008). (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2004). A maioria desses modelos utiliza os conceitos de fatores de risco/proteção para subsidiar suas ações, pressupondo que muitos desses fatores podem, em conjunto, aumentar a vulnerabilidade individual (ou contextual) para o consumo. Dessa forma, tais modelos buscam minimizar fatores de risco e potencializar fatores de proteção. Os resultados dessas ações variam muito de acordo com cada contexto ou população estudada, e, embora apresentem resultados limitados, são consideradas opções válidas. O modelo de habilidades sociais, por exemplo, tem sido apontado como uma das opções mais interessantes (FOXCROFT; TSERTSVADZE, 2011).

- Modelo de oferecimento de alternativas e modelo do estilo de vida saudável: a maioria das ações desses modelos também utilizam pressupostos de fatores/proteção, mas tendem a estar mais centradas na ideia de *Promoção da Saúde*, já explicitada neste capítulo anteriormente, por extrapolar a questão da droga. O modelo de oferecimento de alternativas considera que o abuso de substâncias é facilitado por surgimento de problemas de ordens diversas. Dessa forma, procura propiciar aos indivíduos meios alternativos para melhor convívio com esses problemas,

como, por exemplo, atividades esportivas, lazer, formação de grupos, entre outras. O modelo do estilo de vida saudável tem como proposta central educar para uma vida saudável, em que o não consumo de drogas está implícito. Visa orientar para uma alimentação adequada, para atividade física, para uma vida sexual segura e outros comportamentos que estimulem uma vida saudável (ZILI, 2006; FLECK, 2008; CAMPOS; FIGLIE, 2011).

- Modelo de redução de danos: este modelo tem sido utilizado para prevenção ao consumo arriscado de álcool entre adolescentes. Ele se difere dos demais por partir do pressuposto de que o consumo de álcool está inserido na cultura e que a maioria dos jovens tende a beber em algum momento de suas vidas. Busca desenvolver responsabilidade e habilidades dos jovens na tomada de decisões diante de situações de riscos, ou seja, de danos em potencial (como dirigir ou pegar carona com uma pessoa embriagada). Considera o não uso como a opção mais segura, mas não condena (julga como certo ou errado) ou nem impõe as escolhas que devem ser feitas. Embora a meta seja a redução dos comportamentos de risco, indiretamente, este modelo tem mostrado redução do consumo em si (MCBRIDE et al., 2004).

Como pode ser observado, os modelos variam muito em relação aos seus pressupostos, metas e práticas. Apesar dos grandes avanços científicos das últimas décadas, a maioria dos programas de prevenção não são devidamente avaliados ou apresentam resultados aquém do desejado em relação à redução do consumo. Para traçar um comparativo e buscar compreender quais seriam os ingredientes mais efetivos de cada programa preventivo para jovens, foi conduzido um estudo especificamente com essa finalidade (CUIJPERS, 2002). O comparativo indicou que tendem a obter melhores resultados os programas que são desenvolvidos em interação com os adolescentes, bem como aqueles que valorizam a construção do conhecimento a partir da visão que os

próprios adolescentes têm sobre a questão. Também apresentam melhores resultados aqueles programas que são específicos para determinadas drogas, por considerar as diferenças contextuais entre elas; por exemplo, o contexto de consumo de álcool é muito diferente do contexto de uso de *crack*. Além disso, é altamente recomendado que qualquer ação preventiva seja devidamente adaptada ao contexto e às demandas, crenças e valores da população-alvo (NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, 2003).

Além das ações de prevenção universal, voltadas aos adolescentes estudantes, vale ressaltar que existem programas seletivos voltados para populações específicas, como crianças e adolescentes em situação de rua, filhos de pais dependentes, entre outras. Também merecem destaque os inúmeros avanços da prevenção indicada (voltada para pessoas identificadas como usuárias de risco, mas não dependentes), baseada em entrevista motivacional. Geralmente ocorrem no formato de intervenções breves que ocorrem após a identificação do usuário a partir de triagem com instrumentos padronizados, como Autid ou Assist. Esse modelo tem sido amplamente utilizado em diferentes formatos (como entrevista pessoal ou *internet*), contextos (atenção primária à saúde, por exemplo) e populações (universitários, mulheres, entre outros), com resultados positivos para a maioria deles.

CONCLUSÃO

Tendo em vista a complexidade que envolve o consumo arriscado de álcool e outras drogas, as ações de prevenção podem assumir diversos formatos e não precisam necessariamente visar o indivíduo. Podem também focar o ambiente em que ele vive, na tentativa de atuar nos fatores de risco e proteção presentes. Dessa forma, a família, as escolas e as empresas são ambientes-alvo reconhecidamente relevantes para a implementação de estratégias preventivas.

Nesse sentido, faz-se necessário reforçar o papel do serviço de saúde, pois, além de espaço para tratamento, deve ser ambiente foco de prevenção e promoção de saúde, uma vez que suas práticas não podem restringir-se a ações curativas e reabilitadoras, deixando em segundo plano as ações preventivas e promotoras de saúde. Segundo Campos e Figlie (2011), os serviços, sejam públicos, sejam privados, podem assumir a responsabilidade, atuando na identificação precoce, ou na interrupção da progressão do uso, e na abordagem aos usuários com riscos associados ao consumo de substâncias psicoativas e que estejam associadas comorbidades.

Além de refletir acerca dos fatores de risco e proteção no consumo de substâncias psicoativas, que estão implicados na proposição de estratégias – promoção e prevenção – para enfrentar as problemáticas relacionadas ao uso e abuso, pretendeu-se aqui discutir práticas que ultrapassem ações reducionistas e restritivas no enfrentamento dessa problemática.

Desse modo, as ações preventivas e promotoras de saúde devem extrapolar os limites de suas estruturas físicas dos serviços de saúde e ocupar outros espaços para realização de suas atividades, ao buscar parcerias em outros setores, como as escolas (educação), igrejas e associações de moradores (a comunidade), buscando na intersetorialidade e no trabalho em rede propostas condizentes com a realidade local. Além disso, as propostas de ações não devem restringir-se a ações preventivas que abordem diretamente o uso e abuso de drogas, mas incluir atividades que envolvam música, teatro, esportes, alimentação e outros hábitos de vida saudáveis, isto é, que promovam escolhas por saúde, cidadania e vida. Podem incluir meios de transmissão de informações, como campanhas, mas também devem estar atentas a propiciar meios de tornar o indivíduo agente de mudança da sua própria realidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; CASTIEL, L. D.; AYRES, J. R. Risco: conceito básico da epidemiologia. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. (Orgs.). **Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos e aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 43-54.

ALMEIDA FILHO, N.; COUTINHO, D. Causalidade, contingência, complexidade: o futuro do conceito de risco. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 95-137, 2007.

ANDRADE, A. G.; BASSIT, A. Z. **Avaliação de programas de prevenção de drogas**. São Paulo: GREA – Ipq – HC – FMUSP, 1995

BASTOS, A. C. S.; ALCÂNTARA, M. A. R.; FERREIRA-SANTOS, J. E. Novas famílias urbanas. In: LORDELO, E. R.; CARVALHO, A. M. A.; KOLLER, S. H. (Orgs.). **Infância brasileira e contextos de desenvolvimento**. São Paulo/Salvador: Casa do Psicólogo/Universidade Federal da Bahia, 2002. p. 99-135.

BECK, U. **World risk society**. Cambridge: Polity Press, 1999.

BLUME, S. B.; ZILBERMAN, M. L. Women: clinical aspects. In: LOWISON, J. et al. (Eds.). **Substance abuse: a comprehensive textbook**. 4. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004. p. 1049-64.

BOTVIN, G. J. Substance abuse prevention research: recent developments and future directions. **Journal of School Health**, v. 56, n. 9, p. 369-374, 1986.

BRASIL. Ministério da Educação. Programa Valorização da Vida. **Proposta para uma política nacional de prevenção do consumo do álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas**. Brasília: Ministério da Educação, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção**

da Saúde. 2. ed. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 7. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas / Serviço Social da Indústria, 2008.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Educação. **Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas**. 5. ed. Brasília: Ministério da Justiça, 2012.

BUCHELE, F.; COELHO, E. B. S. LINDNER, S. R. A promoção de saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 267-273, 2009.

BUCHELE, F.; CRUZ, D. D. O. Aspectos socioculturais do uso de álcool e outras drogas e exemplos de projetos de prevenção. In: SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (Senad). **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 2. ed. Brasília, 2010, p. 68-87.

BUCHER, R. O consumo de drogas: evoluções e respostas recentes. **Psicologia: teoria e pesquisa**. Brasília, v. 2, n. 2, p. 132-144, 1986.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CAMPANA, A. A. M. Alcoolismo e empresas. In: RAMOS, S. P.; BERTOLETE, J. M. (Orgs.). **Alcoolismo hoje**. Porto Alegre: Artmed, 1987.

CAMPOS, G. M.; FIGLIE, N. B. Prevenção ao uso nocivo de substâncias focada no indivíduo e no ambiente. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 481-494.

CARLINI-COTRIM, B. Drogas na escola: prevenção, tolerância e pluralidade. In: AQUINO, J. G. (Org.). **Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas**. 2. ed. São Paulo: Summus, 1998. p. 19-30.

CASTIEL, L. D. Debate sobre o artigo de Almeida-Filho: “Transdisciplinaridade e saúde coletiva”. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 27-30, 1997.

CUIJPERS, P. Effective ingredients of school-based drug prevention programs: a systematic review. **Addictive Behaviors**, v. 27, n. 6, p. 1.009-1.023, 2002.

DAR, K. Alcohol use disorders in elderly people: fact or fiction? **Advances in Psychiatric Treatment**, v. 12, p. 173-81, 2006.

ESCOHOTADO, A. **Historia general de las drogas**. Madrid: Alianza Editorial, 1992.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio: o dicionário da língua portuguesa – século XXI**. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FIGLIE, N. B.; S. BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004.

FLECK, M. P. A. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FOXCROFT, D. R.; TSERTSVADZE, A. **Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people**. The Cochrane Database of Systematic Reviews, v. 5, 2011.

FRIEDMAN, H. L. The health of adolescents: beliefs and behaviour. **Social Science and Medicine**, v. 29, n. 3, p. 309-315, 1989.

GIDDENS, A. Risco, confiança e reflexividade. In: BECK, U.; GIDDENS, A.; LASH, S. (Orgs.). **Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna**. Tradução de Magda Lopes. São Paulo: Unesp, 1997.

HERNANDEZ-AVILA C. A.; ROUNSAVILLE B. J.; KRANZLER H. R. Opioid, cannabis and alcohol-dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment. **Drug Alcohol Depend.**, v. 74, n. 3, p. 265-272, 2004.

HOFFMANN, J. P.; CERBONE, F. G. Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: an event history analysis. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 66, n. 3, p. 255-264, 2002.

KANDEL, D. B.; KESSLER, R. C.; MARGULIES, R. Z. Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: a developmental analysis. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 7, n. 1, p. 13-40, 1978.

KODJO, C. M.; KLEIN, J. D. Prevention and risk of adolescent substance abuse: the role of adolescents, families and communities. **Pediatric Clinics of North America**, v. 49, n. 2, p. 257-268, 2002.

LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. **Preventive medicine for the doctor in his community**: an epidemiologic approach. New York: McGraw-Hill, 1965.

LEITE, H. J. D; NAVARRO, M. V. T. Risco potencial: um conceito de risco operativo para vigilância sanitária; In: COSTA, E. A. (Org.) **Vigilância Sanitária**: temas para debate. Salvador: EDUFBA, 2009. 237 p.

MACIOLE, G. P.; BESSA, R. T. **Avaliação sobre prevenção de abuso de drogas nas Universidades**: revisão sistemática das publicações científicas. 2008. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Dependência Química) – Curso on-line de Especialização em Dependência Química, Unifesp, São Paulo, 2008.

MACRAE, E. Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOLOGIA SOCIAL, 14., 2007, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Abrapso, 2007. Disponível em: <www.neip.info>. Acesso em: 10 fev. 2007.

MANDELL, W. et al. Alcoholism and occupations: a review and analysis of 104 occupations. **Alcoholism: clinical and experimental research**, v. 16, n. 4, p. 734-746, 1992.

MASTEN, A. S.; COASTWORTH, J. D. Competence, resilience and psychopathology. In: CICHETTI, D.; COHEN, D. J. (Orgs.). **Developmental psychopathology**. New York: Wiley, 1995. p. 715-752.

MCBRIDE, N. et al. Harm minimization in school drug education: final results of the School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP). **Addiction**, v. 99, n. 3, p. 278-291, 2004.

MENNINGER, J. A. Assessment and treatment of alcoholism and substance-related disorders in the elderly. **Bull Menninger Clinica**, v. 66, n. 2, p. 166-183, 2002.

MEYER, M. **Guia prático para programas de prevenção de drogas**. São Paulo: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein, 2003.

MICHEL, O. **Controle do uso de drogas causadoras de dependência e lesões entre trabalhadores**. São Paulo: LTr, 2001.

MINAYO, M. C. S. et al. **Fala galera**: juventude, violência e cidadania no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

MURER, E.; OLIVEIRA, J. D. F.; MENDES, R. T. Substâncias psicoativas no ambiente escolar. In: BOCALLETTO, E. M. A.; MENDES, R. T. (Orgs.). **Alimentação, atividade física e qualidade de vida dos escolares do município de Vinhedo/SP**. Campinas: Ipes Editorial, 2009. p. 89-99.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA). **Preventing drug use among children and adolescents**. U.S. Department of Health and Human Services. 2. ed. 2003.

NAVARRO, M. V. T. **Risco, radiodiagnóstico e vigilância sanitária**. Salvador: EDUFBA, 2009. 166 p.

NJAINE, K. **Violência na mídia e seu impacto na vida dos adolescentes**: reflexões e propostas de prevenção sob a ótica da saúde pública. 2004. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2004.

O'CONNELL, H. et al. Alcohol use disorders in elderly people: redefining an age old problem in old age. **British Medical Journal**, v. 327, p. 664-667, 2003.

OPALEYE, E. S. et al. Nonprescribed use of tranquilizers or sedatives by adolescents: a Brazilian national survey. **BMC Public Health**, v. 13, p. 499, 2013.

PATTON, L. H. Adolescent substance abuse: risk factors and protective factors. **Pediatric Clinics of North America**, v. 42, n. 2, p. 283-293, 1995.

PEREIRA, C. A.; BORDIN, S.; FIGLIE, N. B. Conceitos básicos em prevenção ao abuso de álcool e outras drogas. In: BORDIN, S.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004.

PILLON, S. C.; LUIS, M. A. V. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 676-82, 2004.

PILLON, S. C. et al. Perfil dos idosos atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 4, p. 742-748, 2010.

PORTUGAL, F. B.; SIQUEIRA, M. M. O uso de substâncias psicoativas por estudantes do ensino fundamental e médio: uma revisão sistemática de 1999 a 2009. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas**, v. 8, n. 3, p. 155-163, 2012.

REHFELDT, K. H. G. **Álcool e trabalho**: prevenção e administração do alcoolismo na empresa. São Paulo: EPU, 1989.

RESTREPO, H. E. Conceptos y definiciones. In: RESTREPO, H. E., MÁLAGA, H. (Orgs.). **Promoción de la salud**: cómo construir vida saludable. Bogotá: Editorial Medica Panamericana, 2001. p. 24-33.

SAPIENZA, G.; PEDROMÔNICO, M. R. M. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 209-216, 2005.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 707-717, 2005.

SIMÕES, C. A. et al. Programas de prevenção de saúde integrados na política nacional de educação: o papel da escola na prevenção ao uso de drogas. In: BRASIL. **Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas**. 5. ed. Brasília: Secretaria Nacional de políticas sobre Drogas, 2012.

SUPERA. Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas. Secretaria Nacional de Política sobre Drogas. **Encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento**: módulo 2 – efeitos de substâncias psicoativas no organismo. Brasília: Senad, 2006.

TUTTLE, J.; MELNYK, B. M.; LOVELAND-CHERRY, C. L. Adolescent drug and alcohol use: strategies for assessment, intervention, and prevention. **The Nursing Clinics of North America**, v. 37, p. 443-460, 2002.

VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 82-88, 2005.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 635-668.

ZEMEL, M. L. S. Prevenção: novas formas de pensar e enfrentar o problema. In: BRASIL. **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 3. ed., Presidência da República. Gabinete da Segurança Institucional. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – Senad, 2010. p. 102-121.

ZILI, S. Programas de prevenção ao uso de drogas em escolas dos EUA. In: PINSKY, I.; BESSA, M. A. (Orgs.). **Adolescência e drogas**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2006. p. 106-122.



Capítulo 10

O Álcool e outras Drogas na Atenção Básica:

Aprender Fazendo uma Atenção Integral

*Tiago Cardoso Gomes; Magda Ribeiro Castro Soares;
Carolina Fiorin Anhoque; Marluce Mechelli de Siqueira*

INTRODUÇÃO

Conforme visto no capítulo 5, todos os usuários que buscam atendimento nos serviços da Atenção Básica em Saúde (ABS) deveriam ser questionados quanto ao seu consumo de álcool e outras drogas, e, ao mesmo tempo, deveria ser realizada a intervenção adequada de acordo com o diagnóstico dos problemas relacionados a esse consumo.

Já no capítulo 6, foram discutidos os aspectos gerais relacionados ao acesso do paciente ao serviço e a conduta da equipe profissional com este, focando os princípios do acolhimento, formação de vínculo e suas implicações no atendimento e resolutividade da demanda, além das abordagens clínica e psicossocial com usuários de álcool e outras drogas em outros dispositivos de atenção em saúde.

A partir das informações discutidas nos referidos capítulos, serão apresentadas simulações de casos de pacientes que buscam atendimento na ABS, os quais são investigados sobre o consumo de álcool e outras drogas. Cabe ressaltar que os casos aqui apresentados são uma simplificação de atendimentos que na prática envolvem outros processos avaliativos e diferentes abordagens, e seu propósito principal é descrever a dinâmica da entrevista para coleta de informações e a intervenção mínima possível no contexto da ABS, integrando o conhecimento apresentado ao longo deste livro.

Não sendo possível conduzir uma abordagem mais prolongada sobre esses casos, mostram-se também exemplos do acionamento de outros dispositivos de atenção à saúde, sem, entretanto, perder de vista a necessidade de manutenção do vínculo e monitoramento do paciente pela equipe da atenção básica.

ESTUDANDO O CASO 1 – JOSÉ

1ª consulta

Profissional de Saúde: “Boa tarde, Sr. José, em que posso lhe ajudar?”

Usuário: “Sabe doutor, há algum tempo venho sentindo uma dor muito estranha na boca do estômago. Sinto uma queimação. Às vezes, logo que eu como, parece que melhora, mas, depois do almoço, por exemplo, fico empanzinado, cheio e com aquela queimação. Não sei o que pode ser. Estou para vir aqui já *fazem* 4 meses, mas só agora eu consegui uma consulta com o doutor. Mês passado eu até vim aqui na Unidade para fazer um curativo na minha perna que eu cortei. Nada grave, mas minha esposa achou melhor eu vir, pois ficou com medo de complicar.”

Profissional de Saúde: “E mais o que o senhor vem sentindo?”

Usuário: “Mais nada, doutor, graças a Deus!”

A partir da elucidação da queixa que motivou a busca pelo atendimento com o profissional de saúde, inicia o preenchimento da *anamnese clínica geral* (ver capítulo 6), mantendo a atenção sobre o paciente enquanto fala.

Profissional de Saúde: “Sr. José, se me permitir, eu vou fazer agora algumas perguntas sobre o senhor e preciso preencher essa ficha enquanto me responde, tudo bem?”

Usuário: “Tudo bem!”

As perguntas serão feitas em direção às questões essenciais da *anamnese clínica geral*, conforme discutido no capítulo 6 (Identificação, História fisiológica, História patológica atual e pregressa; História familiar). Após o preenchimento, o profissional conduz a entrevista para a investigação do consumo de álcool e outras drogas, explicando ao paciente que fará perguntas sobre temas específicos.

Profissional de Saúde: “Sr. José, agora que terminamos essas perguntas mais gerais, eu vou fazer outras perguntas e, inclusive, necessito preencher questionários, para saber um pouco mais detalhadamente sobre alguns assuntos em particular, tudo bem?”

Usuário: “Tudo bem!”

Profissional de Saúde: “Antes dessas questões (questionários) eu gostaria de saber do senhor como tem se sentido em relação a sua própria vida? No trabalho, como é? O senhor tem algum lazer, ou coisa que gosta de fazer, acredita em algo? Ou pode me falar do senhor da forma que quiser! Eu quero conhecer o senhor.”

Após o relato do usuário e comentários do profissional, podem começar a surgir informações relativas ao consumo de substâncias, sendo isso a “conexão” para o desenvolvimento da *anamnese específica*, conforme discutido no capítulo 5.

Usuário: “Ahhh doutor, o negócio do lazer é meio complicado, pois eu trabalho muito, sabe. Não tenho hora de lazer, saio de casa para o trabalho e do trabalho para casa. Mas vou confessar que gosto de uma cervejinha no final do dia. Não faço atividade física. Mas minha esposa caminha todo dia e sempre me chama... mas eu não vou.”

Profissional de Saúde: “Muito bem, então o senhor está me dizendo que gosta de tomar uma cervejinha pra relaxar! Vamos falar um pouco mais sobre isso?”

Usuário: “Tudo bem!”

Profissional de Saúde: “Quando o senhor bebeu pela última vez? E se importa de me dizer quanto bebeu?”

Usuário: “Ontem à tarde, acho que umas quatro ou cinco garrafas!”

Profissional de Saúde: “Em que local? O senhor estava sozinho?”

Usuário: “No bar. Eu estava sozinho”

Profissional de Saúde: “O senhor sabe me informar o número de vezes, que é a frequência, que bebeu nos últimos meses? No último mês, por exemplo.”

Observa-se que as questões sobre o beber focam as informações essenciais sobre consumo de álcool e outras drogas, conforme discutido no capítulo 5. Em seguida, serão investigados sinais e sintomas indicativos de problemas associados a esse consumo, e nesse momento pode ser empregado o *formulário de avaliação do risco para uso de álcool e drogas* e as escalas de *rastreamento*.

Profissional de Saúde: “Sr. José, o senhor já sentiu que devia diminuir o quanto bebe ou parar de beber?”

Usuário: “Eu penso nisso, que tenho que beber menos e *menas* vezes!”

Profissional de Saúde: “As pessoas que convivem com o senhor (do trabalho, da família, etc.) o aborrecem porque criticam a forma como bebe?”

Usuário: “Nossa, e como! E é por isso, nessa hora, que eu paro pra pensar que tenho que largar a cerveja!”

Profissional de Saúde: “O senhor se sente chateado consigo mesmo, ou culpado pela forma como costuma beber?”

Usuário: “Não, porque é como eu falei antes, eu trabalho muito, e se eu não tiver um jeito de relaxar, não aguento, e ninguém entende isso lá em casa, a mulher então!”

Profissional de Saúde: “O senhor costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?”

Usuário: “Não, só bebo pra diminuir o nervosismo à tarde! É logo que eu saio do trabalho, tem uns aborrecimentos lá, sabe!”

Profissional de Saúde: “Não, o senhor não entendeu. Eu quis dizer nervosismo, o corpo ou as mãos tremem logo que o senhor acorda, e aí só sente que passa quando bebe um pouco?”

Usuário: “Ah sim, entendi! Não, não bebo de manhã.”

Profissional de Saúde: “Então o senhor está me dizendo que tem alguns aborrecimentos no trabalho, pode me falar um pouco mais sobre isso, então?”

Usuário: “Então, meu chefe tá me advertindo toda hora, e o pessoal do serviço social, e pior que eu acho que eles *tão* certos, porque eu *tô* meio devagar e sem atenção nas coisas. Confesso que já dei algum prejuízo.”

Profissional de Saúde: “Entendi! O senhor vê alguma explicação para essas dificuldades, ou alguma coisa que esteja acontecendo que contribui para essa desatenção?”

Usuário: “Não, sinceramente, eu *tô* pensando muito sobre essas coisas, mas não sei o que acontece, não.”

Profissional de Saúde: “Ok, eu vou propor ao senhor voltarmos a falar depois sobre essas dificuldades que tem no trabalho, após eu terminar essa ficha, então eu vou ajudá-lo em talvez entender um pouco melhor o que acontece.”

Retoma-se o formulário de risco a fim de preenchê-lo completamente, não sendo necessário repetir questões coletadas na *anam-*

nese geral. Nesse momento da entrevista, já se percebe a possibilidade de problemas do beber no trabalho e na vida conjugal, e, nesse sentido, a ênfase do formulário de risco volta-se não para explorar esse tema, mas para buscar outros problemas potenciais.

Profissional de Saúde: “O senhor já teve algum acidente? Alguma fratura? Como aconteceu?”

Usuário: “Então, eu falei no começo que vim aqui porque cortei minha perna. Eu estava ‘distraído’ voltando pra casa e nem vi quando o cara da bicicleta bateu em mim, mas foi porque eu entrei na ciclovía.”

Profissional de Saúde: “Agora sobre as dificuldades no trabalho, o senhor pode me dar algum exemplo de alguma situação recente?”

Usuário: “Eu transporto maquinário e na semana passada deixei cair do carrinho um equipamento que custou muito dinheiro à empresa. É um trabalho de precisão, então não posso ficar desatento.”

Profissional de Saúde: “Entendi! Sr. José, vamos precisar conversar um pouco mais sobre essa e outras situações, e o que pode estar acontecendo, e para isso eu vou ter que avaliar tudo que o senhor me contou hoje e vamos precisar remarcar a consulta, ok? Para encerrarmos eu vou ‘verificar’ sua pressão, o seu peso e pedir uns exames. Tudo bem?”

Usuário: “Tudo certo!”

Após a primeira consulta, reúnem-se as informações e procede-se a formulação do diagnóstico. De acordo com as respostas positivas ao Cage (questões 1 e 2), conclui-se pela presença de problemas de ordem física (corte na perna), mental e social (trabalho e família) associados ao beber, porém sem a presença de síndrome de abstinência e tolerância constatadas. Desse modo, o paciente preenche os critérios para o uso nocivo de substâncias da CID-10, conforme descrito no capítulo 5.

2ª consulta

Profissional de Saúde: “Boa tarde, Sr. José, bom vê-lo novamente. Sr. José, quando o perguntei se achava que devia parar ou diminuir a forma como bebe, o senhor respondeu que ‘sim’, e que também têm pensado sobre isso. O senhor acha então que beber traz problemas para a sua vida?”

Usuário: “Não, eu acho que não! O problema são os outros, que todo mundo fica ‘em cima de mim’ por isso, e a mulher já até falou que vai me ‘largar’, e por isso já pensei em parar de beber. O difícil é pensar que não vou poder mais ‘aliviar a barra’ depois do trabalho e ter de voltar pra casa cedo e aborrecido, e ficar mais ainda com a ‘falação’ da minha mulher!”

Observa-se que o paciente não consegue associar diretamente seus problemas laborais e familiares ao beber e, embora contemple problemas (estágio de contemplação), é ambivalente quanto à mudança (capítulo 5). Nesse momento, é importante não confrontá-lo, e sim oferecer mais evidências, principalmente em relação a outros problemas.

Profissional de Saúde: “Ok, eu quero mostrar ao senhor os resultados dos exames que pedi quanto às dores de estômago que falou no começo da primeira consulta. De acordo com eles, essa queimação que sente é consequência da grande quantidade e frequente de consumo de bebidas alcoólicas. E o senhor lembra que me falou que tem bebido quatro a cinco vezes por semana? Então, o senhor mesmo pode ver pelos exames que o problema com o beber não é só por causa dos outros, e não tem só ajudado a enfrentar as dificuldades, também está fazendo mal a sua saúde.”

Usuário: “É! Parece que é!”

Profissional de Saúde: “Então, vamos lá! Outra coisa me chamou a atenção: o senhor costuma beber no final da tarde, depois do trabalho, e volta bem tarde para casa, e também não tem se

alimentado direito. Caso eu esteja correto, esse hábito pode estar trazendo indisposição física e mental, principalmente no horário da manhã, e dificuldades de concentração. E onde o senhor está nesse horário?”

Usuário: “Estou no trabalho. Será que o jeito como eu tô bebendo que tá me trazendo esses problemas lá? E eu pensei que estava me ajudando a enfrentar isso tudo.”

Profissional de Saúde: “Então, Sr. José, parece que o senhor mesmo consegue ver agora que os problemas que existem no seu trabalho talvez não sejam totalmente por causa da bebida, mas está piorando a situação! O senhor também não deve sentir vergonha por descobrir isso, mas é importante entender que até aqui não era possível mudar simplesmente porque o senhor não viu isso. Agora que viu, basta a sua decisão para mudar tudo!”

Observa-se na intervenção, conforme os Frames da IB, o objetivo de responsabilizar (*responsibility*) o paciente pela mudança de comportamento, eximindo-o, porém, do sentimento de culpa. Em seguida, conforme essa técnica é realizada de forma empática, mas diretiva, é feito um aconselhamento (*advice*) direto à mudança do padrão de beber e, ao mesmo tempo, são oferecidas opções terapêuticas (*menu* de opções) e reforço das potencialidades (autoeficácia) do próprio paciente.

Usuário: “Falando assim, parece fácil! Mas o que eu posso fazer? Tenho que parar de vez, é isso?”

Profissional de Saúde: “O senhor já sofreu um acidente (perna) porque tinha bebido, está com problemas gastrointestinais, tem se arriscado e colocado em risco outras pessoas no trabalho e está com dificuldades de relacionamento com sua esposa por causa da forma como bebe. Parecem bons motivos, senão para parar de vez, para pelo menos tentar diminuir a frequência e a quantidade. Acho que o senhor precisa

de mais informações sobre o que o álcool tem como efeito e outras questões, por isso eu vou oferecer esse pôlder e manual, e peço que leia para esclarecer melhor sobre o assunto.”

Profissional de Saúde: “Sr. José, o que tem acontecido com o senhor em relação a esses problemas e à bebida são situações vividas por outras pessoas, e seria aconselhável o senhor conhecer um grupo dessas pessoas chamado Alcoólicos Anônimos, conhece?”

Usuário: “Já ouvi falar.”

Profissional de Saúde: “Então, eu vou entregar esses pôlderes do grupo para o senhor e pedir que frequente as reuniões. Outra coisa: como sua esposa e o senhor vêm passando por dificuldades, eu vou entregar pôlderes para o senhor e pedir que fale com ela sobre o grupo Amor Exigente, que é um grupo para familiares de pessoas com dificuldades parecidas com a de vocês, e peço que a acompanhe nas reuniões”.

Profissional de Saúde: “Para encerrar, é necessário nós acompanharmos as mudanças que todas essas iniciativas podem ter, e por isso quero marcar duas próximas consultas com o senhor. E vou ensiná-lo agora a fazer um registro, um diário sobre muitas coisas que vão nos ajudar a avaliar seu progresso e o que precisaremos mudar. Ok?”

Usuário: “Obrigado!”

Profissional de Saúde: “Sr. José, muito obrigado pela atenção. O senhor me mostra ser uma pessoa dedicada a sua família e está preocupado com eles, e vale a pena, por isso, que o senhor passe mais tempo com seus filhos e esposa, e menos tempo na rua, e principalmente em um bar. No que depender de nós, faremos tudo para ajudá-lo e o senhor não está sozinho! Sua esposa, seus filhos, seus pais, da maneira deles, todos querem ajudá-lo, acredite nisso.”

ESTUDANDO O CASO 2 – PEDRO

1ª consulta

Profissional de Saúde: “Olá, Sr. Pedro. Em que posso lhe ajudar?”

Usuário: “Olá, bom dia! Estou aqui pois percebi que estou com um caroço desse lado do pescoço. Esse caroço vem aumentando e desde a semana passada aumentou muito rápido.”

Profissional de Saúde: “E o senhor está sentindo dor nesse local?”

Usuário: “Quando aperta, sim. Mas no dia a dia, não. Na verdade, minha filha que me chamou a atenção, depois que eu fiz a barba. Ah, ela falou também que minha voz está mudada, está mais rouca.”

Profissional de Saúde: “Mais alguém teve isso na família?”

Usuário: “Que eu saiba, não.”

Profissional de Saúde: “E mais o que o senhor vem sentindo?”

Usuário: “Só isso! Graças a Deus!”

Conforme descrito anteriormente, a partir da elucidação da queixa, o profissional inicia a *Anamnese clínica geral* mantendo a atenção focada no paciente. Após concluir as questões essenciais da anamnese, explica que serão feitas em seguida perguntas sobre temas específicos.

Profissional de Saúde: “Sr. Pedro, agora que terminamos essas perguntas mais gerais, no próximo passo eu vou fazer outras perguntas e, inclusive, necessito preencher questionários, para saber um pouco mais detalhadamente sobre alguns assuntos em particular, tudo bem?”

Usuário: “Certo!”

Lembrando que antes de serem abordados temas sobre a relação do paciente com uma substância psicoativa, um tema delicado, é necessário firmar uma relação de confiança, como resultado

do vínculo com o profissional. Dessa forma, espontaneamente, no próprio relato do paciente, podem surgir informações relevantes para *anamnese específica* sobre consumo de álcool e outras drogas.

Profissional de Saúde: “Antes desses questionários eu gostaria de te conhecer melhor, tudo bem? Para isso, gostaria de saber do senhor como tem se sentido em relação a sua própria vida? O senhor faz atividade física? Tem algum lazer ou *hobby*? Acredita em algo?”

Usuário: “Ah, doutor, eu tenho minha família! Minha filha, minha esposa. Eu gosto de *tá* com elas. Trabalho numa loja de eletrodomésticos, eu saio no fim de semana, vou a algum *show*. Às vezes vou ao cinema. Nós viajamos pra casa dos pais da minha mulher nos feriados. Saio com o pessoal da loja de vez em quando, no aniversário de alguém. Fora isso, eu não sei mais!”

Profissional de Saúde: “Muito bem, então vamos passar para as próximas perguntas?”

Nesse caso não surgiram informações relevantes sobre consumo de substâncias e, dessa forma, essas podem ser mais bem investigadas seguindo para o *formulário de avaliação do risco para uso de álcool e drogas* e as escalas de *rastreamento*. Após o preenchimento inicial, o paciente informou o consumo de tabaco.

Profissional de Saúde: “Você fuma?”

Usuário: “Sim.”

Profissional de Saúde: “Quantos cigarros por dia?”

Usuário: “Eu fumo dois maços por dia, às vezes mais, depende.”

Profissional de Saúde: “Depende de quê?”

Usuário: “Ah, hoje em dia não é todo lugar que se pode fumar.”

O profissional identificou um consumo importante de tabaco (40 cigarros por dia), o qual é explorado em seguida, após concluído o preenchimento do *formulário de avaliação do risco para uso de álcool*, que não mostrou mais problemas.

Profissional de Saúde: “Sr. Pedro, o senhor já pensou em parar de fumar?”

Usuário: “Já, eu já tentei parar várias vezes!”

Profissional de Saúde: “E o que aconteceu?”

Usuário: “Eu não aguentava e voltava a fumar.”

Profissional de Saúde: “Entendo. Há quanto tempo o senhor fuma?”

Usuário: “Eu fumo desde os 14 anos, eu acho!”

Profissional de Saúde: “O senhor tem 47 anos, então são 33 anos fumando, bastante tempo, não acha?”

Usuário: “É, tá na hora de parar de vez! Lá em casa incomoda bastante. Minha esposa e minha filha não me deixam fumar dentro de casa, então tenho que sair na varanda para não dar cheiro. Minha mulher tá falando que essa rouquidão é por causa do cigarro! E eu tô com medo.”

Profissional de Saúde: “Sr. Pedro, quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?”

O profissional faz agora a avaliação do grau de dependência de tabaco através do preenchimento do Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina – TFDN (HEATHERTON et al., 1991), que é umas das escalas de rastreamento do uso de substâncias psicoativas. As respostas e o resultado da avaliação do paciente estão destacados em negrito.

Quadro 16 - Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina

1- Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro? A. Dentro de 5 minutos (3) B. Entre 6 e 30 minutos (2) C. Entre 31 e 60 minutos (1) D. Após 60 minutos (0)	2- Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, bibliotecas, etc.? A. Sim (1) B. Não (0)
4- Quantos cigarros você fuma por dia? A. Menos de 10 (0) B. De 11 a 20 (1) C. De 21 a 30 (2) D. Mais de 31 (3)	3- Qual cigarro do dia que traz mais satisfação? A. O primeiro da manhã (1) B. Outros (0) 5- Você fuma mais frequentemente pela manhã? A. Sim (1) B. Não (0)
6- Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo? A. Sim (1) B. Não (0)	<u>Grau de dependência:</u> 0 a 2 = muito fraco 3 a 4 = baixo 5 = médio 6 a 7 = elevado 8 a 10 = muito elevado

O profissional dará imediatamente a devolutiva ao paciente, relacionando-o às tentativas prévias de cessação, para possibilitar a orientação e intervenção.

Profissional de Saúde: “Sr. Pedro, qual o maior obstáculo que o senhor encontra hoje para parar de fumar?”

Usuário: “Qual o maior obstáculo? Ah, eu acho que é o hábito mesmo. É o vício!”

Profissional de Saúde: “É, eu esperava que respondesse isso! Ficou claro para mim quando disse que chega a fumar até 40 cigarros por dia, salvo quando está num lugar que não pode, como sua casa. Além disso, pelas perguntas que eu acabei de fazer, pude avaliar o grau de dependência do cigarro e vi que é muito elevado, e até por isso seja difícil para ficar sem fumar.”

Profissional de Saúde: “Outra coisa, o senhor disse que está preocupado com a rouquidão e o caroço no pescoço. Vamos fazer alguns exames para ter mais segurança, mas, pelos sintomas e pelo tempo que o senhor fuma, eu suspeito que seja algum problema relacionado ao tabagismo!”

Usuário: “Mas eu já tentei parar outras vezes, mas não consigo não!”

Profissional de Saúde: “Sr. Pedro, muitos ex-fumantes tiveram que tentar várias vezes antes de parar definitivamente! É bem mais difícil quando se tenta sozinho, sem um apoio de profissionais de saúde, e mais ainda no caso de pessoas como o senhor, que tem forte dependência, não vício, do cigarro. Por isso, eu vou solicitar que o senhor participe do grupo de apoio ao tabagista, o GAT, da unidade e poderemos fazer o acompanhamento nas próximas semanas. Ok?”

Usuário: “Tudo bem, muito obrigado!”

Profissional de Saúde: “Sr. Pedro, para encerrar, eu vou ‘verificar’ sua pressão, vamos ver o seu peso, pedir uns exames e vou ver o seu caroço que apareceu no pescoço, que suspeito ser um linfonodo cervical. Tudo bem?”

Usuário: “Ok!”

ESTUDANDO O CASO 3 – TIAGO

1ª consulta

Profissional de Saúde: “Olá, Tiago, em que posso lhe ajudar?”

Usuário: “Oi. Eu vim aqui pois não estou me sentindo bem. Parece que é um tremor por dentro, meu coração de vez em quando fica acelerado e eu fico mole. Depois parece que vem um suor frio. Muito estranho. Estou me sentindo muito mal.”

Profissional de Saúde: “E você sente isso depois que faz muitos movimentos ou quando está parado também?”

Usuário: “Engraçado que quando eu estou em casa sentado eu tenho isso. Mas geralmente acontece à noite.”

Profissional de Saúde: “Você já faz acompanhamento aqui na Unidade ou é a primeira vez que vem?”

Usuário: “É a primeira vez. Nunca vim aqui.”

Profissional de Saúde: “Tem alguma outra situação da sua saúde que você gostaria de me dizer?”

Usuário: “Tem sim. Sabe, doutor, eu gosto de beber e fumar. Desde que eu tinha 13 anos eu faço isso. Mas, de um ano para cá, eu comecei a usar cocaína. Um amigo meu levou um dia para o bar e eu provei. Dessa vez para cá, uso com frequência. Até perdi peso com isso. Acho que eu emagreci uns 10 quilos.”

Como antes, a queixa foi apresentada e o profissional inicia a *Anamnese clínica geral* mantendo a atenção focada no paciente. Neste caso, o paciente já traz como uma das queixas o consumo de substâncias e contempla a possibilidade de problemas associados a esse consumo, e que serão abordados após o relato do paciente sobre sua vida.

Profissional de Saúde: “Tiago, aqui na ficha você me respondeu que mora somente com sua avó, certo?”

Usuário: “Sim!”

Profissional de Saúde: “Me fala um pouco mais sobre você, então! E os seus pais?”

Usuário: “Eu não vejo muito eles! Eu fui morar com a vó, porque não tinha liberdade pra nada em casa!”

Profissional de Saúde: “Liberdade como? Pode me explicar?”

Usuário: “Ah, eles ficam ‘policiando’ o tempo todo! Eu gosto de sair com os meus amigos do trabalho.”

Profissional de Saúde: “Você tem muitos amigos? Namora?”

Usuário: “Eu tô com uma garota há um bom tempo, mas não sei se ela é minha namorada. Bom, ela diz que somos namorados, mas ela também fica ‘marcando em cima,’ cobrando o tempo todo!”

Profissional de Saúde: “O que você e seus amigos gostam de fazer quando saem?”

Usuário: “A gente vai pra balada, viaja nos feriados, e quando a gente sai depois do trabalho, como eu disse no início, a gente vai para um bar!”

Profissional de Saúde: “Ok, Tiago, tem mais alguma coisa que gostaria de falar sobre você, antes que eu possa seguir para a próxima avaliação de saúde?”

Usuário: “Não, eu acho que é só isso mesmo!”

Já são observados temas de ordem social e familiar importantes na vida do usuário, e como o consumo de substâncias foi identificado inicialmente direciona-se a investigação, através do formulário de risco, para a busca de associações do consumo com problemas. As respostas estão destacadas no quadro da avaliação do usuário.

Profissional de Saúde: “Então, agora eu vou fazer perguntas com esses dois formulários sobre a forma como bebe e fuma quando você esta com seus amigos, ok?”

Usuário: “Tudo bem!”

Quadro 17 - Avaliação do risco para uso de álcool e drogas

[illegible]

Fonte: LARANJEIRA et al. (2003)

Além do formulário de risco, foi aplicado o Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina (TFDN), e os resultados dessa avaliação serão transmitidos ao usuário na próxima consulta.

Profissional de Saúde: “Tiago, agora que terminamos essa parte, eu vou ter que avaliar todas as informações de hoje e preciso marcar uma nova consulta para discutirmos os resultados. Agora, pra terminar, eu vou ‘medir’ sua pressão, vamos ver o seu peso e pedir uns exames. Tudo bem?”

Usuário: “Tudo bem!”

2ª consulta

Profissional de Saúde: “Olá Tiago, como vai?”

Usuário: “Vou bem, obrigado!”

Profissional de Saúde: “Você me disse na última consulta que está preocupado com seu consumo de cocaína, certo?”

Usuário: “Sim, eu tenho usado muito ultimamente!”

Profissional de Saúde: “Com certeza, os exames que pedi, como você mesmo acreditava, indicam que está emagrecendo por causa do uso de cocaína. Vamos entender isso um pouco melhor?”

Profissional de Saúde: “Esse pôlder aqui explica que a cocaína é uma substância psicoativa que estimula as atividades do organismo, e isso tem relação com a maior queima de caloria e gordura do seu corpo, além da falta de apetite. Os tremores, o coração batendo mais acelerado e o suor frio, que é a sudorese, são consequências também do uso prolongado, que, como me disse, começaram há pouco tempo. Pela avaliação da forma como você bebe, vimos que é mesmo frequente e um uso considerado pesado. E, além disso, tem a dependência do cigarro. Você disse que começou a usar cocaína quando um amigo trouxe para o bar que frequenta e que continua quase sempre usando lá, certo?”

Usuário: “Mas então não é por causa de usar cocaína, porque só uso no bar e lá eu não passo mal. Passo mal em casa, e lá eu não uso isso por causa da minha avó!”

Profissional de Saúde: “Tiago, quando está em casa, sem usar, você fica em abstinência da droga. Os sintomas que você tem quando não usa cocaína ocorrem exatamente pela falta, é a síndrome de abstinência, como está no pôster! Esses sintomas junto com o consumo cada vez mais frequente confirmam a dependência dessa substância. Agora, com relação a tudo isso que acabei de explicar, você precisa saber que terá que cessar o uso do cigarro e da cocaína! A dependência é uma doença crônica e, assim como o diabético tem que ‘cortar’ o consumo de açúcar, o dependente de uma droga deve parar de usá-la!”

Usuário: “Mas como eu faço isso, se acabou de me explicar que eu fico mal porque não uso cocaína?”

Profissional de Saúde: “Vamos ter sim que tratar e reduzir os sintomas da síndrome de abstinência, mas o primeiro passo que vou propor a você é que terá de deixar de ir ao bar na companhia dos seus amigos. É nesse lugar e ocasião que acontece o uso dessas substâncias, como você mesmo disse.”

Usuário: “Isso não é fácil, são pessoas que estão sempre comigo quando eu preciso, e me sinto sozinho quando não estou com eles. Não vou ser legal com eles!”

Profissional de Saúde: “Tiago, eu não quero obrigá-lo a não estar com seus amigos, já que essa é uma escolha sua e de mais ninguém! Só você pode fazer alguma coisa, caso concorde que, estando com eles, do mesmo jeito sempre, há o uso de álcool e cigarro, e principalmente beber facilita o uso de cocaína.”

Profissional de Saúde: “Pelo que pude entender, você tem buscado cada vez mais a companhia de outras pessoas, que não as da sua família ou da sua namorada, ao invés de pensar que seria possível conversar com eles sobre algumas coisas que o incomodam e ao mesmo tempo tentar também entender o que eles esperam de você.”

Profissional de Saúde: “É importante que você deixe claro quais os seus limites para fazer o que pedem de você, para que não precise fugir de ninguém ou ficar chateado com a insistência deles. Mas, por outro lado, eu entendo que não seja fácil mostrar

limites, porque você mostrou ser alguém que se importa com as pessoas, e pude ver isso pelo que acabou de dizer sobre seus amigos. Então, essas escolhas cabem apenas a você, e o que eu quis fazer foi apenas esclarecer essa relação, difícil de enxergar, entre beber e usar cocaína, e o que isso tem trazido. Em resumo, evitar o consumo de álcool é o mais recomendado, porque está fazendo uso pesado e também isso facilita o uso de cigarro e cocaína.”

Usuário: “Entendi. Eu vou ter que ficar internado?”

Profissional de Saúde: “Você não terá que ser internado, isso só acontece em quadros mais graves, que ainda não é o seu caso, e podemos evitar. Mas aqui na unidade vamos poder somente acompanhá-lo e vou indicar que participe do nosso Grupo de Apoio ao Tabagista – o GAT. Quanto ao consumo de álcool e cocaína, terá que ser acompanhado em um serviço especializado, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – o CAPS ad –, e também será necessário participar de um grupo de ajuda mútua, o Narcóticos Anônimos – o NA. Eu vou passar as informações necessárias para seu encaminhamento ao CAPS ad e vamos marcar mais duas consultas para monitoramento, ok?”

Usuário: “Tudo bem!”

APRENDER FAZENDO A ATENÇÃO INTEGRAL: Ao “JOSÉ” (CASO 1), “PEDRO” (CASO 2) E “TIAGO” (CASO 3)

Como vimos nos capítulos anteriores, especialmente no capítulo 8 – Atenção em rede como condição para o tratamento integral –, o conceito “ampliado de saúde” requer um olhar diferenciado no planejamento, na organização e na implementação das ações do sistema de saúde, uma vez que o sujeito está inserido em um contexto sócio-histórico-cultural e, por isso, demanda inúmeras questões que um serviço de saúde, um atendimento individualizado e curativo não são suficientes para responder.

Vimos ainda que a atenção integral à saúde demanda uma multiplicidade de ações, recursos, profissionais e instituições

para satisfazer as necessidades integrais do sujeito. Além disso, sabe-se que as intervenções do setor saúde são limitadas e restritas, pois exige que outras esferas estejam envolvidas nesse contexto, uma vez que saúde implica em participação de outros setores, como educação, habitação, cultura etc.

Nesse contexto, a atenção ao sujeito com problemas relacionados às substâncias psicoativas enfrenta inúmeros desafios, desde romper com práticas historicamente institucionalizadas, preconceituosas e estigmatizantes, até o acesso aos serviços de saúde com qualidade e ações que garantam a reinserção social do indivíduo. Desse modo, exige mais do que estratégias pontuais e reducionistas; exige uma atenção diferenciada e integral como sujeito.

Assim, vale ressaltar alguns pontos fundamentais para este aprender fazendo o “cuidado integral”, a saber:

1) Você pode praticar uma atenção integral a você. Como?

Para uma **atenção integral**, o tratamento deve contemplar uma abordagem integrada com diversos componentes que interagem e se potencializam para dar conta dessa complexidade, pois lidar com o dependente de substâncias psicoativas requer a adoção de uma perspectiva de integralidade que inclua *o biológico, o psicológico, o social e o espiritual*, sem distinção de prioridade.

2) Você pode inserir em sua vida o grupo de mútua ajuda ou grupo de ajuda mútua (GAM). Como?

Os **Grupos de Ajuda Mútua (GAM)** são constituídos por trabalho voluntário, atividade inerente ao exercício de cidadania que se traduz numa relação solidária para com o próximo, participando, de forma livre e organizada, na solução dos problemas que afetam a sociedade em geral. Desenvolve-se através de projetos e programas de entidades públicas e privadas com condições para integrar voluntários, envolvendo as entidades

promotoras. Corresponde ainda a uma decisão livre e voluntária apoiada em motivações e opções pessoais que caracterizam o voluntário. Acesse: www.facaparte.org.br.

Os GAMs mais conhecidos e com ampla atuação na sociedade são os seguintes:

Alcoólicos Anônimos (AA) - <http://www.alcoolicosanonymos.org.br/>

Narcóticos Anônimos (NA) - <http://www.naes.org.br/>

Neuróticos Anônimos (NA) - <http://www.neuroticosanonymos.org.br/>

Familiares de Alcoólicos Anônimos (Al-Anon) – <http://www.al-anon.org.br/>

Amor Exigente (Amorex) - <http://www.amorexigente.org.br/>

O voluntariado obedece aos seguintes princípios, a saber: da solidariedade (responsabilidade de todos), da participação (em áreas de interesse social), da cooperação (combinação de esforços e projetos), da complementaridade (não substitui os recursos humanos das entidades), da gratuidade (não é remunerado), da responsabilidade (responsável pelo exercício da atividade) e da convergência (harmonização com a cultura e objetivos da entidade).

Você pode ampliar suas vivências com experiências de práticas integrativas e complementares. Como?

As **Práticas Integrativas e Complementares (PIC)** envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Além disso, é a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado. São elas: a homeopatia, as plantas medicinais e fitoterápicas, a medici-

na tradicional chinesa/acupuntura, a medicina antroposófica e o termalismo social-crenoterapia. Foram institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS).

Para encontrar PICs mais próximas à sua residência, acesse: www.saude.es.gov.br. Além disso, você pode encontrar PICs em todo o Brasil. Para isso, acesse: www.portalsaude.saude.gov.br.

3) Você pode participar de um Grupo de Apoio Terapêutico ao Tabagista (GATT). Como?

Os **Grupos de Apoio Terapêutico ao Tabagista (GATT)** consistem em quatro sessões estruturadas em grupo, com periodicidade semanal, sendo o grupo constituído de 10 a 15 participantes, tendo cada sessão a duração em torno de 90 minutos. Tais sessões seguem o conteúdo preconizado pelo Inca e utilizam a abordagem cognitivo-comportamental, sendo os temas das sessões: 1ª) entender por que se fuma e como isso afeta a saúde; 2ª) os primeiros dias sem fumar; 3ª) como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar; e 4ª) benefícios obtidos após parar de fumar. Após as quatro sessões, seguem-se duas quinzenais, com os mesmos participantes, e uma reunião mensal, aberta para todos os grupos, para prevenção à recaída, até completar um ano (BRASIL, 2003b).

A rede de atenção municipal que viabiliza a gestão do serviço e dos cuidados, através da implementação da política de atenção ao tabagista, está formada por 15 Unidades de Saúde do município de Vitória, que, além de estarem credenciadas no Programa Municipal de Controle do Tabagismo e no Inca, realizam o Grupo de Apoio Terapêutico ao Tabagista (GATT). São elas (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2011):

Região Continental – UBS/PACS Bairro República, UBS Jardim da Penha, UBS Maria Ortiz e UBS Jardim Camburi;

Região Maruípe – USF Consolação, USF Maruípe e USF Santa Luzia;

Região Centro – USF Fonte Grande, USF Vitória e UBS/PACS Santa Tereza;

Região Santo Antônio – USF Grande Vitória;

Região São Pedro – USF Santo André;

Região Forte São João – USF Forte São João, USF Jesus de Nazareth e USF Praia do Suá.

Para encontrar o GATT mais próximo à sua residência, acesse: www.saude.es.gov.br. Além disso, você pode encontrar também um GATT em todo o Brasil. Para isso, acesse: www.portal-saude.saude.gov.br.

4) Você pode necessitar de um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPS ad). Onde encontrá-lo?

O **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)** é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). É um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros cuja severidade ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. Realiza o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2003b, p. 13).

Existem seis modalidades de CAPS que se diferenciam quanto à especificidade da demanda, isto é, para transtornos psicóticos e neuróticos graves, para crianças e adolescentes e usuários de álcool e outras drogas. Os CAPS subdividem-se em: I, II, III, álcool e drogas (CAPS ad e CAPS ad III) e infantojuvenil (CAPS-i), definidos como (BRASIL, 2011c, p. 6):

- *CAPS I e CAPS II*: atendem pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, e também com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, de todas as faixas etárias;

- *CAPS II*: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local;

- *CAPS III*: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS ad;

- *CAPS ad*: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário;

- *CAPS ad III*: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana;

- *CAPS i*: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e usuários de *crack*, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário.

Para encontrar o CAPS mais próximo à sua residência, acesse: www.saude.es.gov.br. Além disso, você pode encontrar também um CAPS em todo o Brasil. Para isso, acesse: www.portal-saude.saude.gov.br.

5) Você pode necessitar de um Centro de Referência em Assistência Social (Cras). Onde encontrá-lo?

Os **Centros de Referência em Assistência Social (Cras)**, Centros de Referência Especializados em Assistência Social (Creas) e Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centro POP) são os *componentes suplementares* que possibilitam suporte aos portadores de transtornos mentais – entre eles, os usuários de substâncias psicoativas, através de uma lógica em rede de atenção, ou seja, são os serviços que compõem a rede do Sistema Único de Assistência Social (Suas).

Portanto, a rede de atenção à saúde no SUS é composta de atenção básica de média e alta complexidade. E a mesma está interligada com os serviços do Sistema Único de Assistência Social (Suas) através da sua rede socioassistencial – Cras, Creas e Centro POP.

Para encontrar um Cras mais próximo à sua residência, acesse: www.seadh.es.gov.br. Além disso, você pode encontrar também um Cras em todo o Brasil. Para isso, acesse: www.mds.gov.br.

6) Você pode necessitar de um apoio cultural. Onde encontrá-lo?

A **Escola Técnica Municipal de Teatro, Dança e Música (Fafi)** tem se dedicado à promoção e à difusão cultural. Oferece oficinas livres a crianças, adolescentes e adultos provenientes de qualquer cidade do estado ou do país. Também possui cursos gratuitos de qualificação profissional em teatro e em dança abertos à população. Acesse: <http://www.vitoria.es.gov.br/semc.php?pagina=ensinodeteatroedanca>.

São várias as opções culturais que podem ser útil no “cuidado integral”, entre elas destacamos:

Museu de Artes do Espírito Santo (Maes) – http://www.secult.es.gov.br/?id=/espacos_culturais/hotsites/maes/capa

Museu do Negro (Mucane) – <http://www.vitoria.es.gov.br/semc.php?pagina=mucane>

Museu do Pescador – <http://www.vitoria.es.gov.br/semc.php?pagina=museudopescador>

Bibliotecas (Estadual e Municipal) – http://www.secult.es.gov.br/?id=/espacos_culturais/hotsites/biblioteca_publica/capa
<http://www.vitoria.es.gov.br/semc.php?pagina=biblioteca-municipal>

Secretaria de Cultura da Ufes (Cinema, Teatro, Galeria, Editora) – <http://www.secretariadecultura.ufes.br/>

Associação Capixaba de Artesãos – Acarte (Paneleiras, Mercados, Feiras) – <http://www.vitoria.es.gov.br/turismo.php?pagina=artesanato>

7) Você pode necessitar de um apoio musical. Onde encontrá-lo?

Faculdade de Música do Espírito Santo (Fames) – <http://www.fames.es.gov.br/>

8) Você pode necessitar de um apoio da natureza. Onde encontrá-lo?

Parques (Moscoso, Barreiros, da Cebola, da Fazendinha) – <http://www.vitoria.es.gov.br/semmam.php?pagina=parques>

Praias (Camburi, das Castanheiras, Ilha do Boi, Curva da Jurema) – <http://www.vitoria.es.gov.br/agregador.php?idAgregador=2>

9) Você pode necessitar de um lugar para meditar. Onde?

Mestre Álvaro – <http://www.soues.com.br/>

Mochuara – <http://www.soues.com.br/>

Penedo – <http://www.soues.com.br/>

CONCLUSÃO

Como vimos, o capítulo 10 oferece ao leitor uma oportunidade de interagir com as especificidades do usuário e seus familiares, bem como sua abordagem integral. E, através dos casos clínicos de álcool, tabaco e outras drogas, possibilita que o profissional da atenção básica possa enriquecer sua abordagem ao problema no cotidiano de sua prática.

Finalmente, a atenção dirigida ao sujeito com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas requer vários tipos de serviços, ou seja, uma atuação intersetorial e interdisciplinar, para que seja então ofertada uma Rede de Atenção Psicossocial, efetiva e eficaz, de forma a satisfazer as necessidades de “cuidado integral”, tanto do usuário como da sua família. E você faz parte desta “Rede de atenção Integral”, em que “seres humanos” cuidam de outros, de “forma humana”, tornando tais ações singulares e plurais. Mãos à obra!

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa nacional de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer: modelo lógico e avaliação**. 2. ed. Rio de Janeiro, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. Sistema Único de Saúde. Centro de Atenção Psicossocial. 2011b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro

de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS/Nº 442, de 13 de agosto de 2004. Aprova o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

BRASIL. Resolução Conad nº 3, de 27 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2013.

HEATHERTON, T. F. et al. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. **Brit. J. Addict.**, v. 86, n. 9, p. 1.119-27, 1991.

LARANJEIRA, R. et al. (Coord.). **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo / Associação Médica Brasileira, 2003.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MONTAÑO, C. **Terceiro Setor e questão social:** crítica ao padrão de intervenção social. São Paulo: Cortez, 2002.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Voluntariado.** [s.d]. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/faca-parte-da-onu/voluntariado/>>. Acesso em: 24 nov. 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório circunstanciado de esclarecimento sobre o cumprimento do termo de ajuste de conduta referente ao tratamento do tabagismo realizado no município de Vitória-ES.** Vitória, 2011.



AUTORES

***Prof.a Dra. Marluce Mechelli de Siqueira –
Ufes (Organizadora)***

Possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Espírito Santo (1979), mestrado em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo (1984), doutorado em Ciências Fisiológicas pela Universidade Federal do Espírito Santo (1996), pós-doutorado em Psiquiatria pela Universidade Federal de São Paulo (2005) e pós-doutorado em Análise Quantitativa de Políticas Públicas no Population Research Center (PRC) da Universidade do Texas (2006). Atualmente é professora titular do Departamento de Enfermagem (desde 1984), do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (desde 1999) e coordenadora do Centro de Estudos e Pesquisas sobre o Álcool e outras Drogas – Cepad – (desde 1996) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Tem experiência na área de Enfermagem e Saúde Coletiva, com ênfase em Enfermagem em Saúde Mental e Saúde Mental, respectivamente, atuando principalmente nos seguintes temas: educação em saúde e prevenção (populações especiais), tratamento (alcoolismo, tabagismo e outras drogas), políticas públicas (atenção básica, saúde mental e saúde coletiva).

Prof.a Dra. Alessandra Diehl – Unifesp/Uniad

Psiquiatra. Possui especialização em Dependência Química (Unifesp) e Sexualidade Humana (USP) e mestrado em Ciências (Unifesp). Doutoranda em Psiquiatria e Psicologia Médica (Unifesp). Atualmente é secretária da Associação Brasileira de Estudos de Álcool e outras Drogas (Abead).

Prof.a Dra. Ana Regina Noto – Unifesp/Cebrid

Psicóloga e farmacêutica bioquímica. Possui mestrado e doutorado em Psicologia (Unifesp). Atualmente é professora adjunta do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo. Coordenadora do Núcleo de Pesquisa sobre Saúde e Uso de Substâncias (Nepsis).

Prof. Esp. Bruno Pereira da Silva – Ufac e Ufes/Cepad

Enfermeiro. Pesquisador em Álcool e outras Drogas (EERP-USP/Senad-MJ). Mestrando em Enfermagem (Unifesp). Atualmente é professor do curso de Enfermagem do Centro Multidisciplinar (CMulti), campus Floresta/CZS da Universidade Federal do Acre (Ufac). Coordenador do Núcleo Interdisciplinar de Estudos, Pesquisas e Extensão em Saúde Mental (Nupesm). Atualmente é pesquisador do Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas (Cepad-Ufes).

Prof.a Dra. Carolina Fiorin Anhoque – Ufes/Cepad

Fonoaudióloga. Possui mestrado em Ciências Fisiológicas (Ufes) e doutorado em Neurociências (UFMG). Professora e coordenadora do curso de graduação em Fonoaudiologia (Ufes). Membro da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia e articuladora nacional do Departamento de Voz – SBFa. Membro da Associação Luso-Brasileira de Ciências da Fala (LBASS) e da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (Amib). Coordenadora da Unidade de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Cassiano de Moraes (Hucam). Coordenadora do Núcleo de Voz do Espírito Santo (VozES), vinculado ao Centro de Ciências da Saúde (CCS-Ufes).

Prof. Dr. Daniel Cruz Cordeiro – Unifesp/Uniad

Médico. Mestrando em Research Methods in Psychiatry – Institute of Psychiatry – University of London.

MSc. Flávia Batista Portugal – Ufes/Cepad e Fiocruz

Enfermeira. Possui especialização em Enfermagem do Trabalho (Emescam) e mestrado em Saúde Coletiva (Ufes). Doutoranda em Saúde Pública (Fiocruz).

Prof.a Dra. Karina Possa Abrahão – USP

Biomédica. Possui mestrado e doutorado em Psicobiologia (Unifesp). Atualmente ocupa uma posição de pós-doutorado no NIH, EUA.

Esp. Lorena Silveira Cardoso – Ufes/Cepad e PPGSC

Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva (Ufes). Atualmente é pesquisadora do Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas (Cepad-Ufes).

Prof.a MSc. Magda Ribeiro Castro Soares – Ufes/Cepad

Enfermeira. Possui especialização em Enfermagem do Trabalho pela EEAN/UFRJ e especialização nas áreas Clínica e Cirúrgica Geral pela EEAP/Unirio. Possui mestrado em Enfermagem pela EEAN – UFRJ. Doutoranda em Enfermagem no Dinter UFRJ-Ufes. Professora assistente da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem e Saúde do Trabalhador (Nupenst) da EEAN/UFRJ e membro do Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas (Cepad) da Ufes. Atua principalmente nos seguintes temas: Saúde do Adulto e Idoso e Saúde do Trabalhador.

Prof. Dr. Marcelo Ribeiro de Araújo – Unifesp/Uniad

Médico. Possui mestrado e doutorado pelo Departamento de Psiquiatria (Unifesp). Pesquisador principal da Uniad Unifesp e do Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Drogas – Inpad CNPq Unifesp. Diretor de Ensino e Coordenador do Curso de Especialização em Dependência Química da Uniad Unifesp.

Prof. Dr. Márcio Wagner Camatta – UFCSPA

Enfermeiro. Possui mestrado e doutorado em Enfermagem (UFRGS). Professor adjunto nível II da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (Gepesm) da Escola de Enfermagem da UFRGS, e do Grupo de Estudo e Pesquisa da Práxis de Enfermagem (Geppen) da UFCSPA.

Esp. Marcos Vinícius Ferreira dos Santos – Ufes/PPGSC e PMC Campos-Semus

Enfermeiro. Possui especialização em Saúde Pública. Mestrando em Saúde Coletiva (Ufes). Enfermeiro da Secretaria Municipal de Saúde / Prefeitura Municipal de Campos. Atualmente é pesquisador do Centro de Estudos sobre Álcool e outras Drogas (Cepad-Ufes).

Prof.a Dra. Maria da Penha Zago Gomes – Ufes/PAA-Hucam

Médica. Possui mestrado em Doenças Infecciosas (Ufes) e doutorado em Ciências Fisiológicas (Ufes). Atualmente é professora adjunta da Universidade Federal do Espírito Santo.

MSc. Marilene Gonçalves França – PMVitória-Semus

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) (2007), especialização em Atenção Primária à Saúde (2010) e mestrado em Saúde Coletiva (2013). Enfermeira da Secretaria Municipal de Vitória / Prefeitura Municipal de Vitória. Membro da Equipe Técnica do Centro de Estudos e Pesquisa sobre Álcool e outras Drogas (Cepad) da Ufes.

MSc. Phablo Wendell Costalonga Oliveira – Ufes/Cepad

Farmacêutico. Possui mestrado em Ciências Fisiológicas (Ufes). Atualmente é pesquisador do Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas (Cepad-Ufes).

Prof. Dr. Raul Caetano – UTEXAS/Dallas

Médico (Uerj) e psiquiatra (University of London). Possui mestrado em Saúde Pública e Ciências Comportamentais (University of Califórnia) e doutorado em Epidemiologia (University of Califórnia). Atua como professor na University of Califórnia, no Escritório de Dean-UT, Southwestern Escola de Profissões de Saúde, Ciências da Saúde, Psiquiatria; e no programa de pós-graduação de Psicologia Clínica (University of Texas).

Prof.a Dra. Sandra Cristina Pillon – USP

Possui especialização em dependência de drogas pela Unifesp. Concluiu o doutorado em Ciências no Programa Psiquiatria e Psicologia Médica da Unifesp, em 2003. Realizou seu pós-doutorado na Universidade de Alberta no Canadá. Realizou sua Livre docência em 2008 pela EERP USP. Atualmente é professor titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica e vice-coordenadora da CPG da EERP USP. Bolsista Produtividade em Pesquisa CNPq. Pesquisadora Fapesp e CNPq. Líder do Grupo de Pesquisa Grupad (CNPq/USP) e membro integrante do Inpad (CNPq / Unifesp) e do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad/DF). Publicou 72 artigos em periódicos especializados e 205 trabalhos em anais de eventos. Possui 35 capítulos de livros e 3 livros publicados. Possui 60 trabalhos de produção técnica. Participou em diversos eventos no exterior e no Brasil. Atua na área de Enfermagem com ênfase no uso e abuso de drogas. Em suas atividades profissionais, interagiu com 159 colaboradores em coautorias de trabalhos científicos. Em seu currículo Lattes, os termos mais frequentes são: Drogas, Alcoolismo, Uso & Dependência, Audit, Prevenção, Tratamento, Álcool, Enfermagem, Enfermeiras e Estudantes.

MSc. Sibebe Faller – UFRGS/CEPD

Psicóloga. Possui especialização em Psicoterapia Cognitivo-comportamental (WP) e mestrado em Ciências Médicas: Psiquiatria (UFRGS). Atuou como supervisora do Serviço Nacional de Orientações e Informações sobre a Prevenção do Uso Indevido de Drogas (Vivavoz). Atualmente, é responsável pela coordenação dos estudos: Mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas; e Avaliação, gerenciamento de caso e seguimento de usuários de crack que se encontram em tratamento em seis capitais brasileiras.

Esp. Tiago Cardoso Gomes – Ufes/PPGSC

Psicólogo. Mestrando em Saúde Coletiva (Ufes). Atualmente realiza Aperfeiçoamento Profissional e é pesquisador do Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas (Cepad-Ufes).

Prof. Dr. Vitor Buaiz – Ufes/Cepad

Atua principalmente nos seguintes temas: substâncias psicoativas, prevenção, tabagismo, hospital livre do tabaco e programa de controle do tabagismo. Exerce também suas atividades profissionais como docente no Departamento de Clínica Médica (Centro de Ciências da Saúde – Ufes) e médico acupunturista.

Esp. Wanderson dos Santos Gonçalves – Ufes/PPGSC e Cepad, PMCariacica-Semus

Enfermeiro. Possui especialização em Terapia Intensiva (Emescam) e em Gestão em Saúde (Uneb). Possui mestrado em Saúde Coletiva (Ufes). Enfermeiro da Secretaria Municipal de Saúde / Prefeitura Municipal de Cariacica. Membro da Equipe Técnica do Centro de Estudos e Pesquisa sobre Álcool e outras Drogas (Cepad) da Ufes.

Este impresso foi composto utilizando-se as famílias tipográficas Warnock Pro e Bitter. Sua capa foi impressa em papel Supremo 300g/m² e seu miolo em papel Pólen Soft areia 80g/m² medindo 14,5 x 21 cm, com uma tiragem de 300 exemplares.

Impressão via parceria com a Gráfica Universitária.

É permitida a reprodução parcial desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para qualquer fim comercial.

